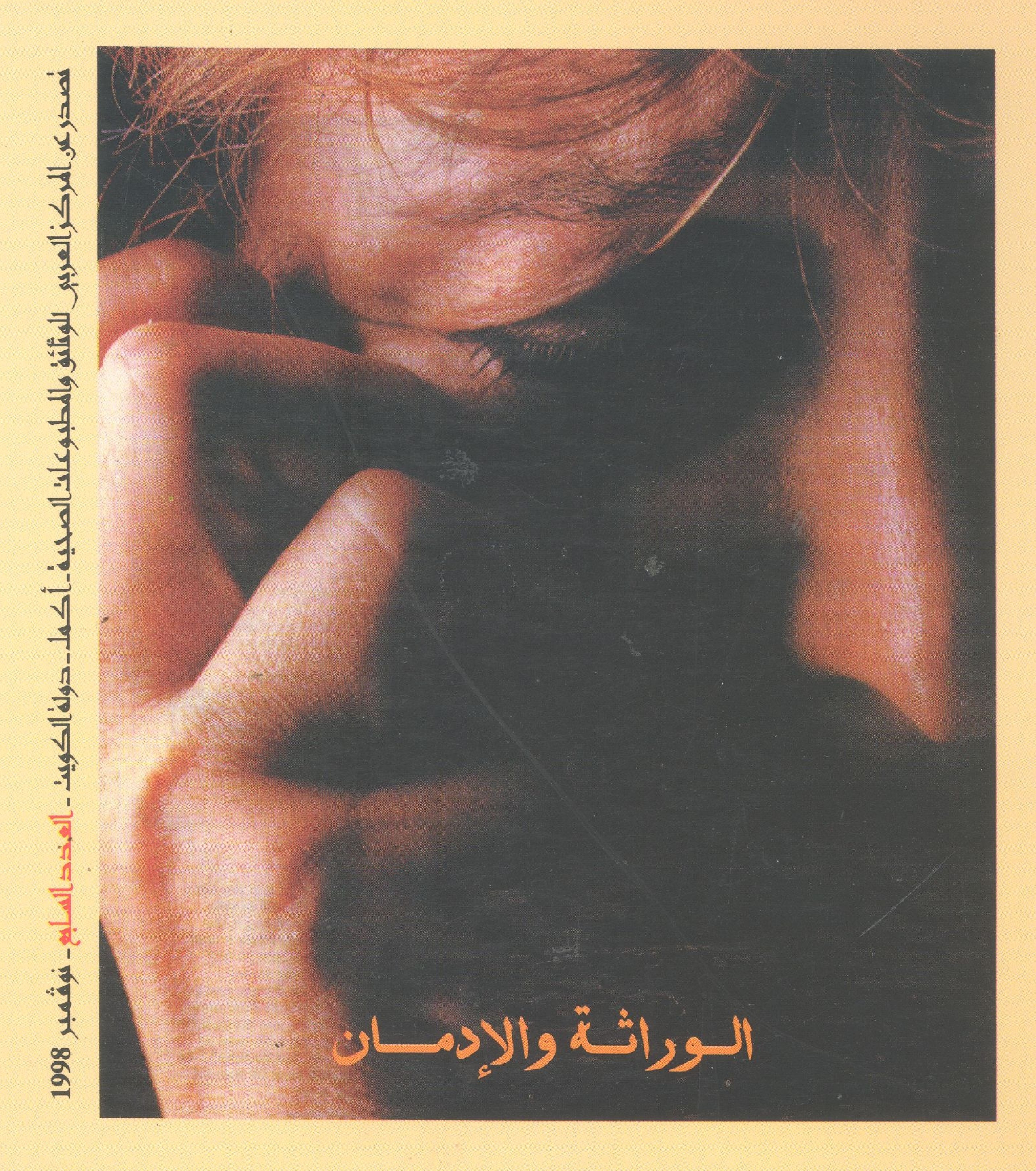
تعريب الطب

مجلة دورية تعنى بشؤون التعريب
في الطب والصحة العامة

تصدر عن المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية. أكمل - دولة الكويت - العدد السابع - نوفمبر 1998



الوراثة والإدمان

ملف العدد : الكبد والجهاز الصفراوي (الجزء الأول)

إرشادات لكتّاب المقالات الأصلية

*** أهداف المجلة ورسالتها :**

- نشر المعلومات عن المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية وأهدافه وإصداراته في المجالات الطبية المختلفة .
- الدعوة إلى تعريب التعليم الطبي والصحي في الجامعات العربية .
- تشجيع الأطباء والمتخصصين على كتابة الأبحاث الطبية الأصلية باللغة العربية في جميع المجالات الطبية والصحية .
- ترجمة أهم المقالات والبحوث الطبية العالمية .
- تغطية ومتابعة الجديد في الطب وذلك في سبيل تحديث المعلومة الطبية في المجالات المختلفة .
- ترجمة ونشر أهم الملخصات الطبية للدوريات العالمية .
- متابعة ونشر أخبار وزارات الصحة العربية .

*** مراجعة المقالات :**

- تخضع جميع المقالات المقدمة للنشر في المجلة لمراجعة هيئة التحرير ومن تراه من المحكمين المتخصصين .
- يمكن للكاتب أن يقترح أسماء بعض المراجعين المحتملين لبحثه .
- يتم إبلاغ الكاتب بالموافقة على نشر مقالته خلال 3-4 أسابيع من استلامها ، كما يمكن أن تعاد إليه لإجراء بعض التعديلات التي قد تراها هيئة التحرير مناسبة .
- يتم ترتيب مواد العدد وفقاً لاعتبارات فنية بحتة .

*** تقديم المخطوطات :**

- لاتقبل المجلة المقالات المترجمة بكاملها من مصادر أجنبية والتي لم تطلب من مترجميها ، وتنشر تلك المقالات بناء على سياسة التحرير .
- تتلقى المجلة المقالات الطبية الأصلية باللغة العربية على أساس أنها غير مقدمة للتقييم أو للنشر في أية مجلة أخرى .
- يجب أن تترافق المخطوطة المقدمة للنشر بخطاب من الكاتب يوافق فيه على نقل حقوق النشر للمجلة ، وينص فيه صراحة على أن : *«المخطوط المقدم قد تمت مراجعته والموافقة عليه من قبل جميع المؤلفين المعنيين وأنه لم يتم نشره من قبل أو أنه خاضع للتقييم للنشر في مجلة أخرى»* . *ويوافق المؤلفون على نقل حقوق النشر لمجلة «تعريب الطب»* .
- لايجوز نشر المخطوطات المقبولة للنشر في مجلة «تعريب الطب» في مجلات أخرى إلا بإذن من رئيس تحرير مجلة «تعريب الطب» .

*** إعداد مخطوطات الأبحاث الأصلية :**

- تهدف المجلة إلى أن تتماشى مقالات الأبحاث الأصلية المنشورة فيها مع «نمط فانكوفر» ؛

[Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" Published by the International Committee of Medical Journal Editors in Vancouver, British Columbia, Canada, in 1979; "Vancouver Style"]

- *وحدات القياس* : يجب أن تتماشى جميع وحدات القياس مع النظام الدولي (SI) باستثناء قراءات ضغط الدم ، حيث تقاس بالملم زئبق (mmHg) .
- يجب أن تكون المخطوطة المقدمة للنشر *مطبوعة على الآلة الكاتبة* على ورق A4 (أو حجم 21.5سم × 28سم) مع هوامش عريضة لاتقل عن 2.5سم . لتسهيل عمليات التحرير والمراجعة ، كما يجب ترقيم الصفحات بصورة متتابعة بداية من صفحة العنوان (Title Page) وصولاً إلى نهاية المادة المطبوعة .
- *صفحة العنوان (Title Page)* : يجب أن تحتوي صفحة العنوان على : (1) عنوان المقالة ، (2) اسم كل من مؤلفي المقالة وأعلى شهادات علمية حصل عليها كل منهم وذلك باللغتين العربية والانجليزية ، (3) اللقب الأكاديمي أو الوظيفة الحالية التي يشغلها كل من المؤلفين ومحل عمله ، (4) اسم وعنوان محل عمل كل من المؤلفين ، (5) اسم وعنوان المؤلف الذي يمكن أن توجه إليه المراسلات الخاصة بالمقالة ، إذا اختلف عن عنوان المؤلف الأول .

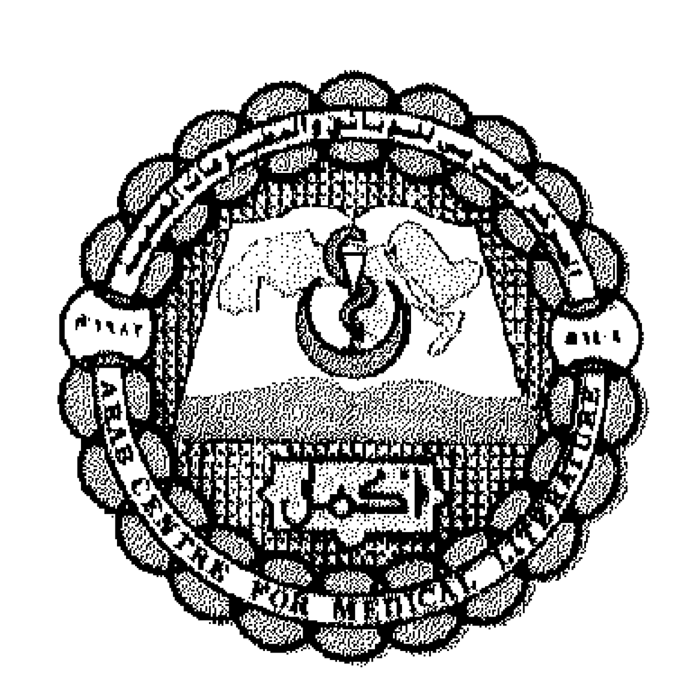
*** الملخصات (Abstracts) :**

- يجب أن يترافق البحث بملخص واف لمحتواه فيما لايزيد عن 200 كلمة وذلك باللغة العربية والإنجليزية (أو الفرنسية) .
- *بالنسبة لتقارير الحالات المرضية (Case reports)* : يفضل ألا يزيد عدد المؤلفين عن أربعة .

*** المسرد (Glossary) :**

يجب أن تذيّل المخطوطة بمسرد لجميع الاصطلاحات الطبية الواردة بها حسب ترتيب ورودها بالمقالة ، وذلك باللغتين العربية والإنجليزية ، كما يرجى الالتزام ـ قدر الإمكان ـ بمصطلحات المعجم الطبي الموحد ، مع ذكر المصدر في حالة اعتماد مصطلحات غير تلك الواردة بالمعجم الطبي الموحد وسبب اختيارها .

(التتمة على صفحة الغلاف الداخلي الأخير)



المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية

أكمل ـ الكويت

منظمة عربية تتبع مجلس وزراء الصحة العرب أنشئت عام 1980 ومقرها الدائم دولة الكويت وتهدف إلى :

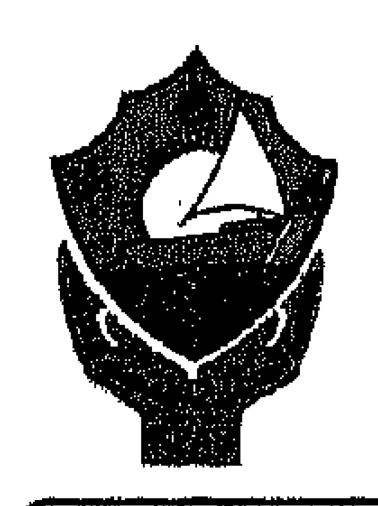
- توفير الوسائل العلمية والعملية لتعليم الطب في الوطن العربي .
- تبادل الثقافة والمعلومات في الحضارة العربية وغيرها من الحضارات في المجالات الصحية والطبية .
- دعم وتشجيع حركة التأليف والترجمة باللغة العربية في مجالات العلوم الصحية .
- إصدار الدوريات والمطبوعات والأدوات الأساسية لبنية المعلومات الطبية العربية في الوطن العربي .
- تجميع الإنتاج الفكري الطبي العربي وحصره وتنظيمه وإنشاء قاعدة معلومات متطورة لهذا الإنتاج .

ويتكون المركز من مجلس أمناء يشرف عليه وأمانة عامة وقطاعات إدارية تعنى بشئون الترجمة والتأليف والنشر والمعلومات ، وهو يقوم بوضع الخطط المتكاملة والمرنة للتأليف والترجمة في المجالات الطبية شاملة للمصطلحات والمطبوعات الأساسية والقواميس والموسوعات والأدلة والمسوحات الضرورية لبنية المعلومات الطبية العربية .

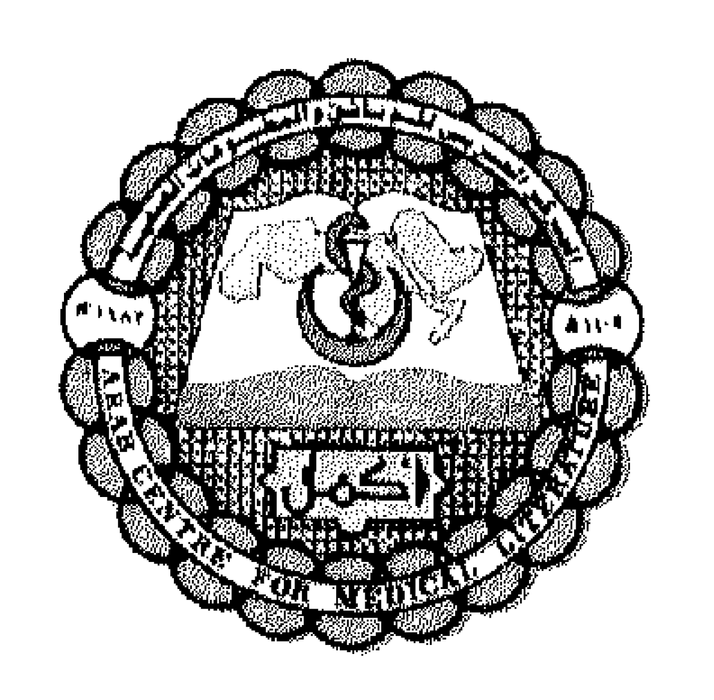
وبالإضافة إلى عمليات التأليف والترجمة والنشر ، يقوم المركز بتقديم خدمات المعلومات الأساسية للإنتاج الفكري الطبي العربي .

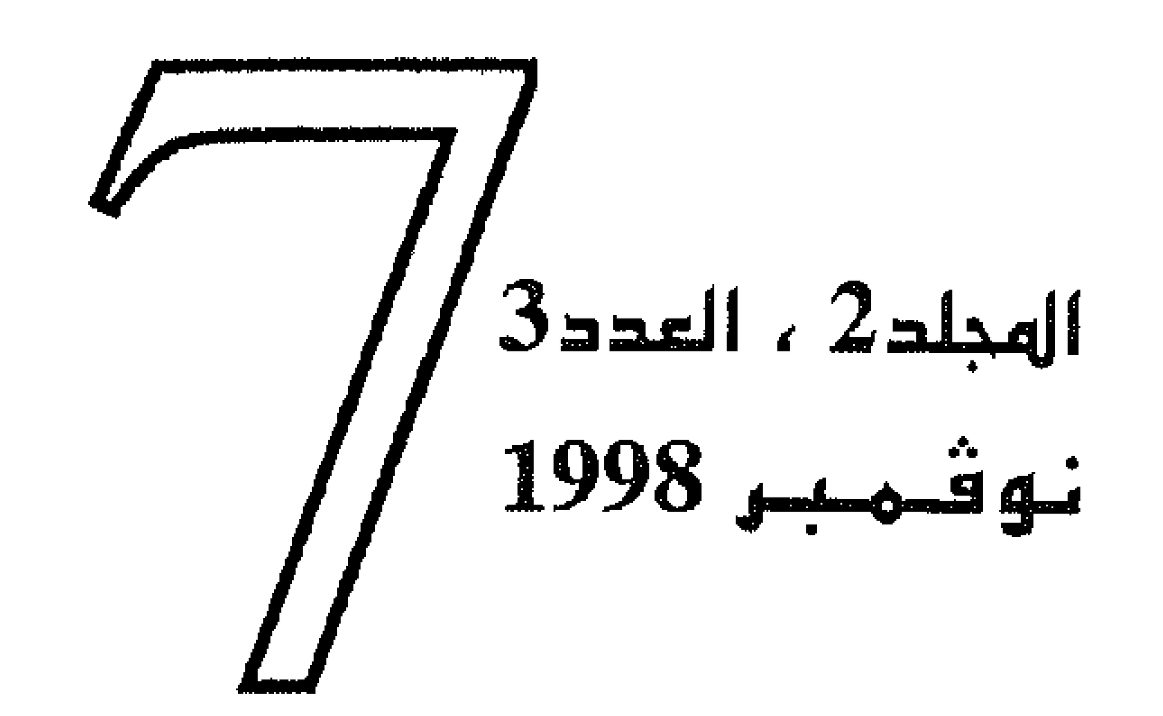
تطبع مجلة «تعريب الطب» بدعم مالي من

مؤسسة الكويت للتقدم العلمي



تعريب الطب
Medical Arabization





مجلة دورية تعنى بشؤون التعريب في الطب والصحة العامة تصدر عن المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية ـ اكمل ـ الكويت

المحتويات

الغلاف

الأبواب الثابتة

متفرقات

ملف العدد

الكبد والجهاز الصفراوي (الجزء الأول)

تعريب الطب والقضايا الطبية

تسعى مجلة «تعريب الطب» منذ صدورها لمواكبة أهم التطورات الطبية على الصعيدين العربي والعالمي، فالطب برغم أنه لغة عالمية، إلا أن هناك من القضايا الطبية ما يمثل طبيعة خاصة ببلدان دون أخرى، فعلى الرغم من أهمية معرفتنا بطرق الوقاية والعلاج لمرض فتاك مثل متلازمة نقص المناعة المكتسب، أو الإيدز، إلا أن معرفتنا واهتمامنا به في البلدان العربية لا يزال ـ ولله الحمد ـ من منطق «الوقاية خير من العلاج»، فمعدلات المرض في بلداننا متدنية للغاية مقارنة ببلدان أخرى منها أغلب البلدان التي يطلق عليها «البلدان المتقدمة».

وانطلاقا من حرص مجلة «تعريب الطب» على تناول أهم القضايا الطبية التي تهم الطبيب والباحث العربي، وحتى المريض العربي، فقد أعدت ملفا من جزأين عن أمراض الكبد والأوعية الصفراوية، نبدأه من هذا العدد، حيث يجد القارئ موضوعات متعددة منها طرق التقييم السريري لأمراض الكبد، وتصوير الكبد والأوعية الصفراوية، وكذلك وصفا لأهم أنواع التهاب الكبد، وهو أكثر الأمراض الكبدية انتشارا، وقد بلغت معدلات الإصابة ببعض أنواع التهاب الكبد حدا مخيفا، مما يجعل المعرفة بطرق انتقال العدوى والوقاية من هذا المرض أمرا حتميا للطبيب والمريض على حد سواء.

وبالإضافة إلى ملف العدد، هناك موضوع الغلاف الذي يتناول العلاقة بين العوامل الوراثية والجينية، وبين إدمان الكحول والمخدرات وغيرهما من أنماط السلوك الإدماني، كما إن باب اللغة العربية يزخر بمقالتين عن دور الترجمة في تعريب العلوم، وعن التطلعات المستقبلية لعملية التعريب.

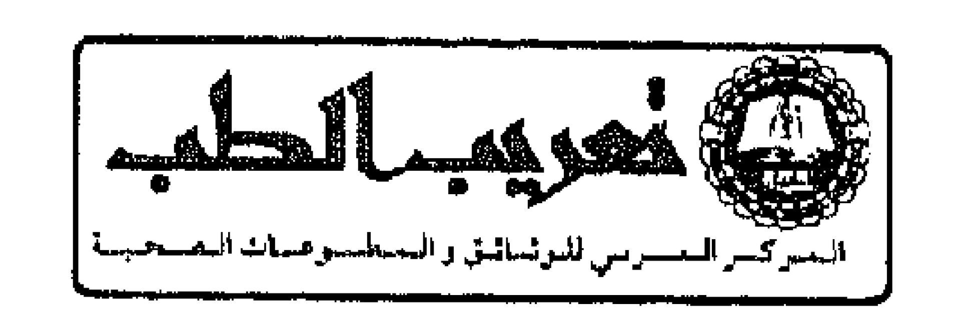
وقد استحدثنا في هذا العدد عدة أبواب جديدة، منها باب تاريخ الطب، إيمانا منا بأن معرفة التاريخ جزء مهم من التخطيط للمستقبل، وقد اخترنا لهذا العدد مقالا بعنوان «مفهوم الألم في اليونان القديمة»، وبالإضافة إلى ذلك فإن مجلة «تعريب الطب» ستبدأ انطلاقا من هذا العدد بعرض بعض منشورات المنظمات والهيئات العربية الأخرى العاملة في حقل تعريب العلوم الطبية والصحية، إيمانا منها بوحدة القضية ووحدة الهدف ـ وهو تعريب التعليم الطبي والصحي في الجامعات العربية. ومن هذا المنطلق، ندعو الهيئات والمؤسسات العاملة في مجال تعريب العلوم الطبية والصحية لتزويدنا بمختصرات عن أحدث إصداراتها وذلك لنشرها في الأعداد القادمة من مجلة «تعريب الطب».

وفقنا الله وإياكم لما فيه خير أمتنا العربية والإسلامية.

والله ولي التوفيق

الدكتور عبدالرحمن عبدالله العوضي

رئيس التحرير



المجلد 2 ، العدد 3
نوفمبر 1998

الوراثة و الإدمان

Genetics of Addiction

د. إيهاب عبدالرحيم*

تشير الأبحاث الحديثة إلى أنه قد يكون هناك أساس وراثي مشترك للاضطرابات الإدمانية (Addictive Disorders)، والاندفاعية (Impulsive) والاستحواذية (Compulsive)، بما فيها معاقرة الخمور، واضطراب نقص الانتباه، وإدمان المخدرات والتهام الطعام بكميات مهولة (Bingeing).

في عام 1990 نشرت مجموعة من الباحثين دراسة تشير إلى ارتباط شذوذ وراثي محدد بإدمان الخمور (Blum et al.1990). ولسوء الحظ فقد أعلن عدد من الباحثين في السابق أنهم اكتشفوا «جين إدمان الخمور» ـ مما يعني ضمنا أن هناك علاقة مباشرة بين أحد الجينات وبين سلوك محدد. وتشيع أوجه سوء الفهم مثل هذه ـ فقد يتذكر القارئ تلك التقارير التي هللت لاكتشاف «جين السمنة»، أو «جين الشخصية» (Personality Gene). ولا حاجة بنا للقول بأنه ليس هناك شيء مثل جين محدد لإدمان الخمور، أو السمنة أو لنوع خاص من اضطرابات الشخصية. وعلى أية حال، فمن السذاجة أن نجزم بالعكس، أي التأكيد على أن مظاهر السلوك الإنساني هذه لا ترتبط بأية جينات نوعية. وقضيتنا هنا هي بالأحرى محاولة فهم الكيفية التي ترتبط بها بعض الجينات بسمات سلوكية بعينها.

خلال السنوات السبع الماضية، سعى الباحثون لفهم الترابط بين جينات معينة، وبين مجموعة متنوعة من الاضطرابات السلوكية. وفي علم الوراثة الجزيئية (Molecular Genetics)، يشير اصطلاح «الترابط» (Association)، إلى وقوع (Incidence) مؤثر إحصائيا لمتفاوت (Variant) وراثي (أليل: Allele)، بين أفراد لا تربطهم علاقة جينية بمرض أو حالة مرضية بعينها، مقارنة بمجموعة شاهدة (Control Group) من عموم السكان. وقد اكتشف الباحثون أن الشذوذات الوراثية التي اكتُشف سابقاً ارتباطها بإدمان الخمور، يزيد أيضا وجودها في غيرهم من الأفراد المصابين باضطرابات إدمانية، أو استحواذية، أو اندفاعية. وتتسم قائمة تلك الاضطرابات بكونها طويلة ومميزة ـ فهي تشمل إدمان الخمور، وإدمان

* رئيس قسم التأليف والتعريب ـ «أكمل»، وعضو الجمعية الدولية للمحررين الطبيين (WAME) .




المواد (المخدرة) [Substance Abuse]، والتدخين، وفرط تناول الطعام الاستحواذي (Compulsive Overeating) والسمنة (Obesity)، واضطراب نقص الانتباه (Attention-deficit disorder)، ومتلازمة «توريت» (Tourette Syndrome) والمقامرة المرضية (Pathological Gambling).

ويعتقد بأن هذه الاضطرابات تربط فيما بينها بركيزة (Substrate) بيولوجية عامة، أي الجهاز الدماغي عالي التعقيد (يتكون من خلايا وجزيئات مرسلة للإشارات) الذي يوفر الشعور بالمتعة في أثناء مكافأة (Rewarding) سلوك بعينه. ولنفكر في الكيفية التي يستجيب بها الناس إيجابياً للشعور بالأمان، والدفء، والشبع. أما إذا تهددت هذه الحاجات أو لم يتم إشباعها، فسنشعر بالضيق والقلق. ويمكن لاختلال كيميائي غريزي يعدّل عملية إرسال الإشارات داخل الخلايا،أثناء تنفيذ الدماغ لعملية المكافأة الشعورية، أن يستبدل شعور العافية (Well-being) لدى الفرد بإحساس بغيض بالقلق، أو الغضب، أو الاشتهاء (Craving) للمواد (المخدرة) التي يمكنها أن تلطف حدة المشاعر السلبية. ويظهر هذا الاختلال الكيميائي نفسه كواحد أو أكثر من الاضطرابات السلوكية التي يطلق عليها الباحثون تعبير «متلازمة نقص المكافأة» (Reward Deficiency Syndrome).

وتتضمن هذه المتلازمة ضربا من الحرمان الحسي (Sensory Deprivation) لآليات المتعة الدماغية. ويمكن أن تظهر في الدرجات المعتدلة أو الحادة نسبيا، مثل تلك الناجمة عن عدم قدرة الفرد ـ من الناحية الكيميائية الحيوية ـ على استجلاب الشعور بالمكافأة من الأنشطة اليومية المعتادة. ويبدو أنه قد تم اكتشاف زيغ (Aberration) وراثي واحد على الأقل، يؤدي إلى تعديل سبل (Pathways) الشعور بالمكافأة في الدماغ. وهو شكل مغاير من الجين الخاص بمستقبلات الدوبامين D_2، يسمى الأليل A_1 (A_1 Allele) وهو نفس المغاير الوراثي الذي اكتشف ارتباطه بإدمان الخمور. وفي هذه المقالة سنبحث في الأدلة التي تشير إلى أن الأليل A_1 يرتبط أيضا بمجموعة متنوعة من السلوكيات الاستحواذية، والاندفاعية، والإدمانية. ويوحد مفهوم «متلازمة نقص المكافأة» بين هذه الاضطرابات، كما قد يفسر لنا الكيفية التي يتسبب بها شذوذ وراثي بسيط في إحداث سلوك منحرف معقد.

* بيولوجية المكافأة

اكتشف الجهاز الشعور بالمتعة و المكافأة في الدماغ بالصدفة في عام 1954. فقد كان عالم النفس الأمريكي جيمس أولدز (Olds) يدرس عملية التنبيه في دماغ الجرذان، عندما وضع الأقطاب الكهربية بشكل خاطئ في أحد أجزاء الجهاز الحافّي (Limbic System)، وهو مجموعة من التراكيب الواقعة بعمق الدماغ، والتي يعتقد عموماً أنها تلعب دورا في المشاعر. وعند توصيل الأقطاب الكهربية بالدماغ بحيث يمكن للحيوان أن يحفز هذه الباحة بضغط رافعة (Lever)، وجد أولدز أن الجرذان ظلت تضغط العتلة بشكل مستمر تقريباً، أي نحو 5,000 مرة في الساعة. ظلت تلك الحيوانات تحفز أنفسها لاستثناء كل ماعدا النوم، لدرجة تحملها لقدر هائل من الألم والضيق للحصول على فرصة لكي تضغط العتلة. كان من الواضح أن أولدز قد اكتشف باحة في الجهاز الحافي تقدم مكافأة شعورية قوية لتلك الحيوانات.

وقد كشفت الأبحاث التي أجريت على البشر أن الاستثارة الكهربية لبعض باحات الدماغ (المنطقة الأنسية من الوطاء: Medial Hypothalamus)، أدت إلى استثارة جنسية شبيهة بهزة الجماع (Quasi-orgasmic) وعند تحفيز بعض الباحات الأخرى في الدماغ، كان الشخص يستشعر نوعا من الدوار المبهج (Light-headedness)، الذي أزال عنه الأفكار السلبية. أوضحت هذه الاكتشافات أن الشعور



شكل (1): يعد إدمان الخمور، جزئيا، نتيجة لعوز ذي أسس وراثية، يصيب باحات الشعور بالمتعة و «المكافأة» في الدماغ. وتشفر الجينات الناقصة لمستقبلات وناقلات الناقل العصبي الدوبامين (Dopamine)، وتشير الدراسات الحديثة إلى أن نفس الأنماط الوراثية المغايرة ترتبط بطيف من الاضطرابات تشمل السلوك الاندفاعي، والاستحواذي، والإدماني، بما فيه متلازمة نقص المكافأة. ويقترح بعض الباحثين وجود آلية عصبية-بيولوجية لتفسير تلك المتلازمة وطرح احتمالات المعالجة.

بالمتعة هو وظيفة عصبية محددة ترتبط بجهاز معقد للثواب والعقاب.

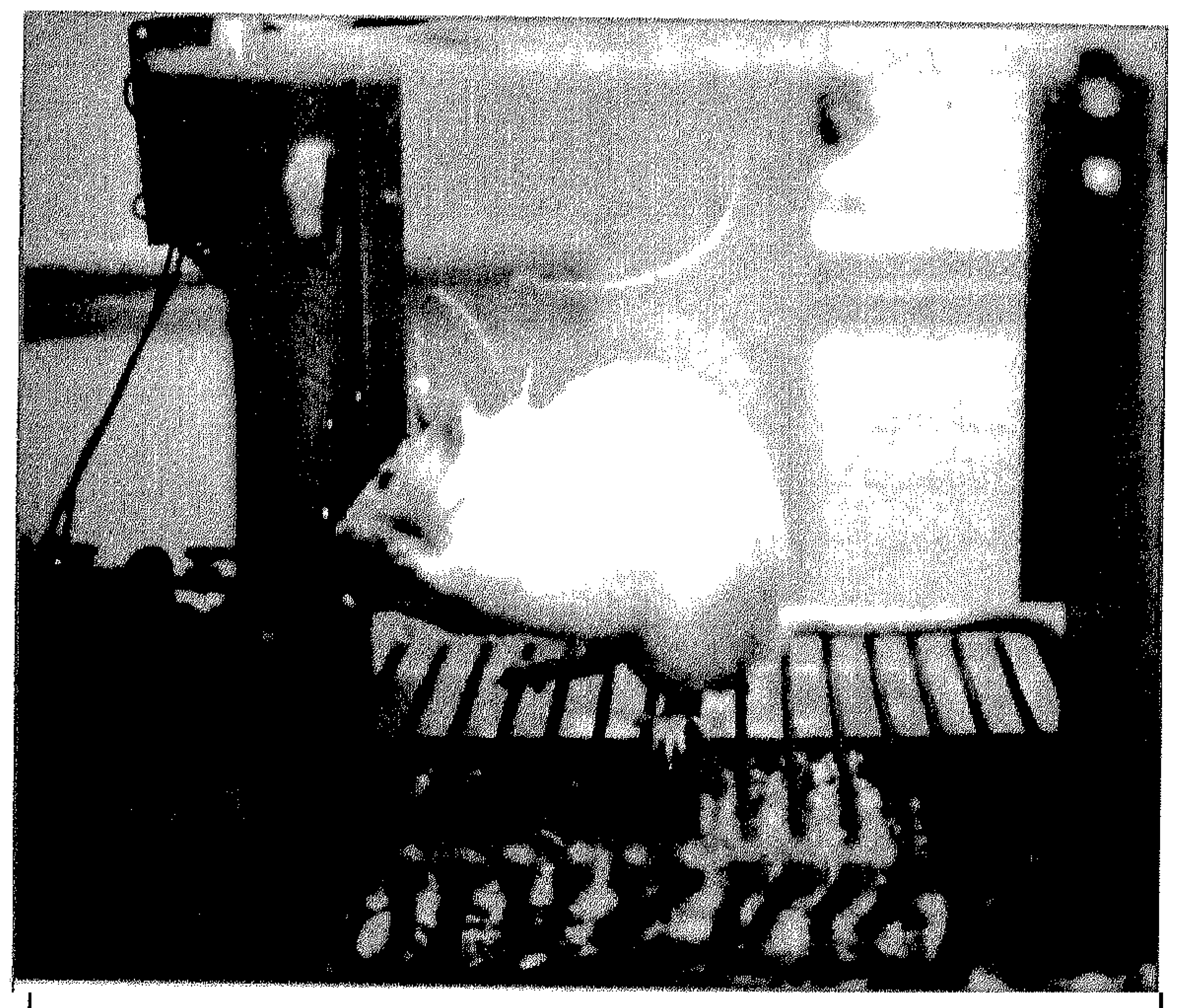
خلال العقود الماضية تمكنت الأبحاث التي أجريت على الأسس البيولوجية للاعتمادية الكيميائية (Chemical Dependency)، من تحديد بعض مناطق الدماغ والناقلات العصبية (Neurotransmitters) المضطلعة بالشعور بالمكافأة. وبصورة خاصة، يبدو أن الاعتماد على الكحول، والأفيونات (Opiates) والكوكايين، تستند إلى مجموعة مشتركة من الآليات الكيميائية الحيوية. ويبدو أن دائرة عصبونية (Neuronal Circuit) تقع بعمق مادة الدماغ - وتتضمن الجهاز الحافي ومنطقتين هما النواة المتكئة (*Nucleus Accumbens*)، والكرة الشاحبة (Globus Pallidus)، تتسم بأهمية حيوية في التعبير عن المكافأة في الأفراد الذين يتناولون هذه العقاقير. وبرغم أنه يبدو أن كلاً من مواد الإدمان تعمل على أجزاء مختلفة من هذه الدائرة، فالنتيجة النهائية تكون واحدة؛ إذ يُطلق الدوبامين (Dopamine) في النواة المتكئة والحُصين (Hippocampus) ويبدو أن الدوبامين هو الناقل العصبي الرئيسي للمكافأة في مواقع التعزيز هذه.

وبرغم تعقيد جهاز الناقلات العصبية المكتنف في بيولوجية المكافأة، هناك ثلاث ناقلات عصبية أخرى على الأقل معروفة باكتنافها في مواضع متعددة بالدماغ: السيروتونين في الوطاء، الإنكيفالينات (Enkephalins) (وهي ببتيدات أفيونية) في الباحة السقيفية البطنية

(Ventral Tegmental Area) والنواة المتكئة، والناقل العصبي المثبط (حمض الجاما أمينو بيوتريك GABA) في الباحة السقيفية البطنية والنواة المتكئة. ومن المثير للانتباه معرفة أن مستقبلة الجلوكوز تعد رابطة مهمة بين الجهاز السيروتوني (Serotonergic) الدوباميني، وبين الببتيدات الأفيونية في الوطاء. يتضمن السبيل البديل (Alternative Pathway) للمكافأة، إطلاق النورأدرينالين من قبل الألياف العصبونية التي تنشأ في الموضع الأزرق *(Locus coeruleus)* في الحُصين. وفي شخص طبيعي، تعمل هذه الناقلات العصبية سوية، في صورة «شلال» من الإثارة أو التثبيط ـ بين المحفزات وردود الفعل المعقدة ـ مما يؤدي لشعور بالتعافي، وهو المكافأة النهائية.

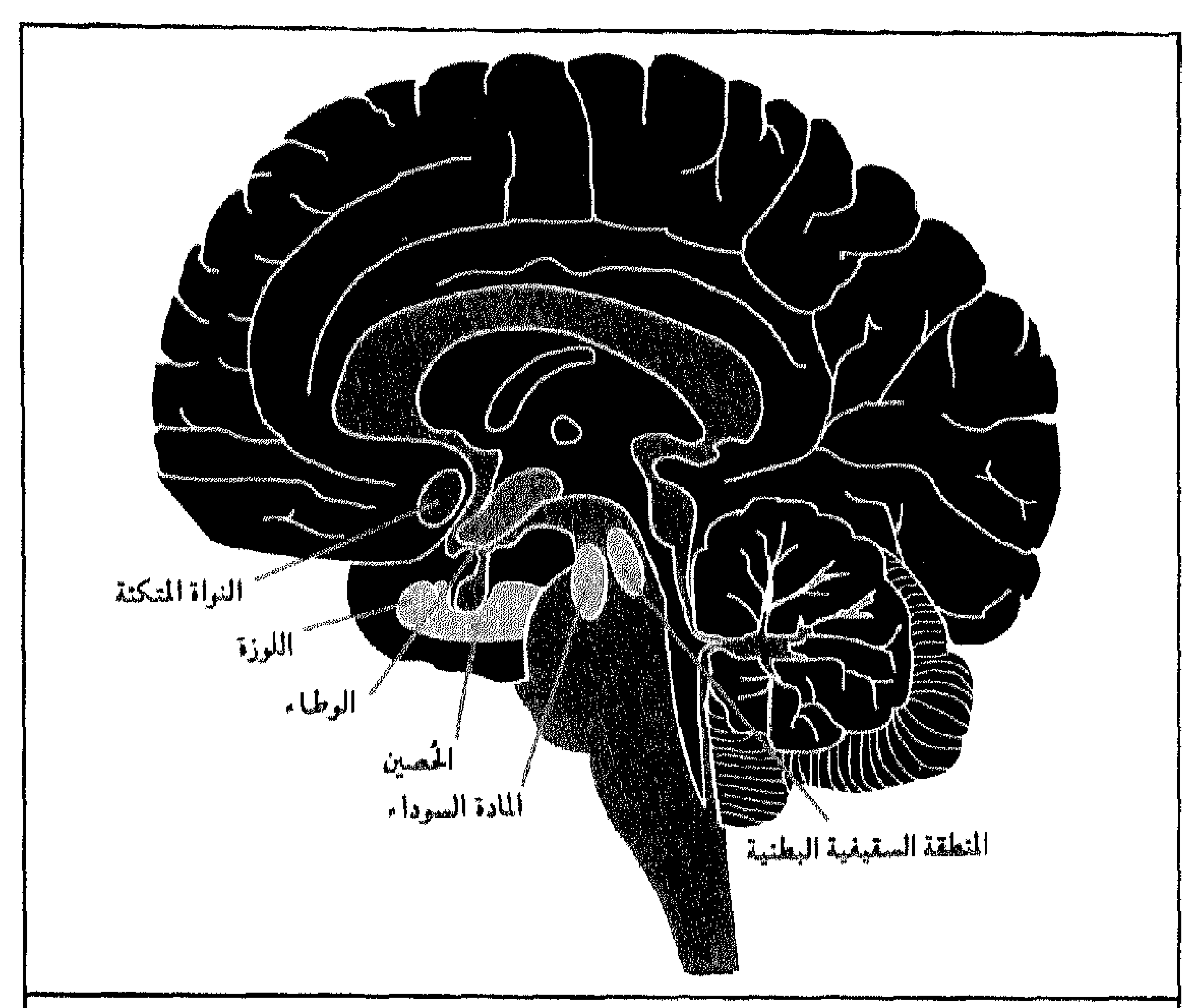
وفي «نظرية الشلال» للمكافأة (Cascade Theory of Reward)، تؤدي عرقلة هذه التفاعلات الخلوية إلى الشعور بالقلق، أو الغضب، وغيرهما من «المشاعر السيئة»، أو إلى اشتهاء المواد (المخدرة) التي تخفف هذه المشاعر السلبية. ومن المعروف أن الكحول، على سبيل المثال، ينشط جهاز النورأدرينالين في الدائرة الحافيّة، عبر شلال داخل الخلايا (Intracellular Cascade)، يشمل الببتيدات الأفيونية، والسيروتونين والدوبامين. ومن الممكن أن يعمل الكحول بشكل مباشر أيضا، من خلال إنتاج النيورامينات (Neuroamines) التي تتفاعل مع المستقبلات الأفيونية (Opioid Receptors) أو مع الأنظمة الدوبامينية (Dopaminergic Systems). وفي نظرية شلال المكافأة، يمكن أن تقود الشذوذات الوراثية، والإجهاد المزمن، أو الإدمان الطويل الأمد على الكحول ،إلى نمط مكتف ذاتياً (Self-sustaining) من الاشتهاءات الشاذة في كل من الحيوانات والبشر.

ويمكن استجلاب الدعم لنظرية الشلال، من سلسلة التجارب على أنواع من الجرذان التي تفضل الكحول على الماء. وعند مقارنتها بالجرذان الطبيعية، يكون لدى الجرذان



شكل (2): يعد الجرذ المحبوس في أحد صناديق «سكينر» (Skinner)، مشهدا نمطيا في المختبرات التي يجري فيها استقصاء سلوك البحث عن المكافأة (Reward-seeking) . وقد افترضت الدراسات المبكرة على سلوك البحث عن المكافأة، أن استجابة الحيوان للمحفزات المبهجة عملية مكتسبة بصورة كبيرة. وعلى أية حال، فمنذ الخمسينات، أصبح من الواضح أن هناك تراكيب مميزة تقع بعمق مادة الدماغ، تنظم شعور الحيوان بالمتعة كاستجابة للمحفزات المتعلقة بالطعام، والجنس والعطش. ويظهر في الصورة جرذ يمكنه أن يحفز مناطق الشعور بالمتعة في الدماغ -بشكل مباشر-بضغط عتلة تنشط قطباً كهربياً في رأسه. تقوم مثل هذه الحيوانات بتحفيز أنفسها حتى 5,000 مرة في الساعة.

تزيد إمدادات السيروتونين في المشابك (Synapses)، أو تلك التي تحفز مستقبلات الدوبامين D_2 بشكل مباشر، إلى تقليل اشتهاء الكحول. وعلى سبيل المثال، تقلل نواهض (Agonists) المستقبلة D_2، من كمية تعاطي الكحول في الجرذان التي تفضل الكحول على الماء، بينما تزيد مناهضات (Antagonists) المستقبلة D_2، من تعاطي الكحول في هذه الحيوانات.

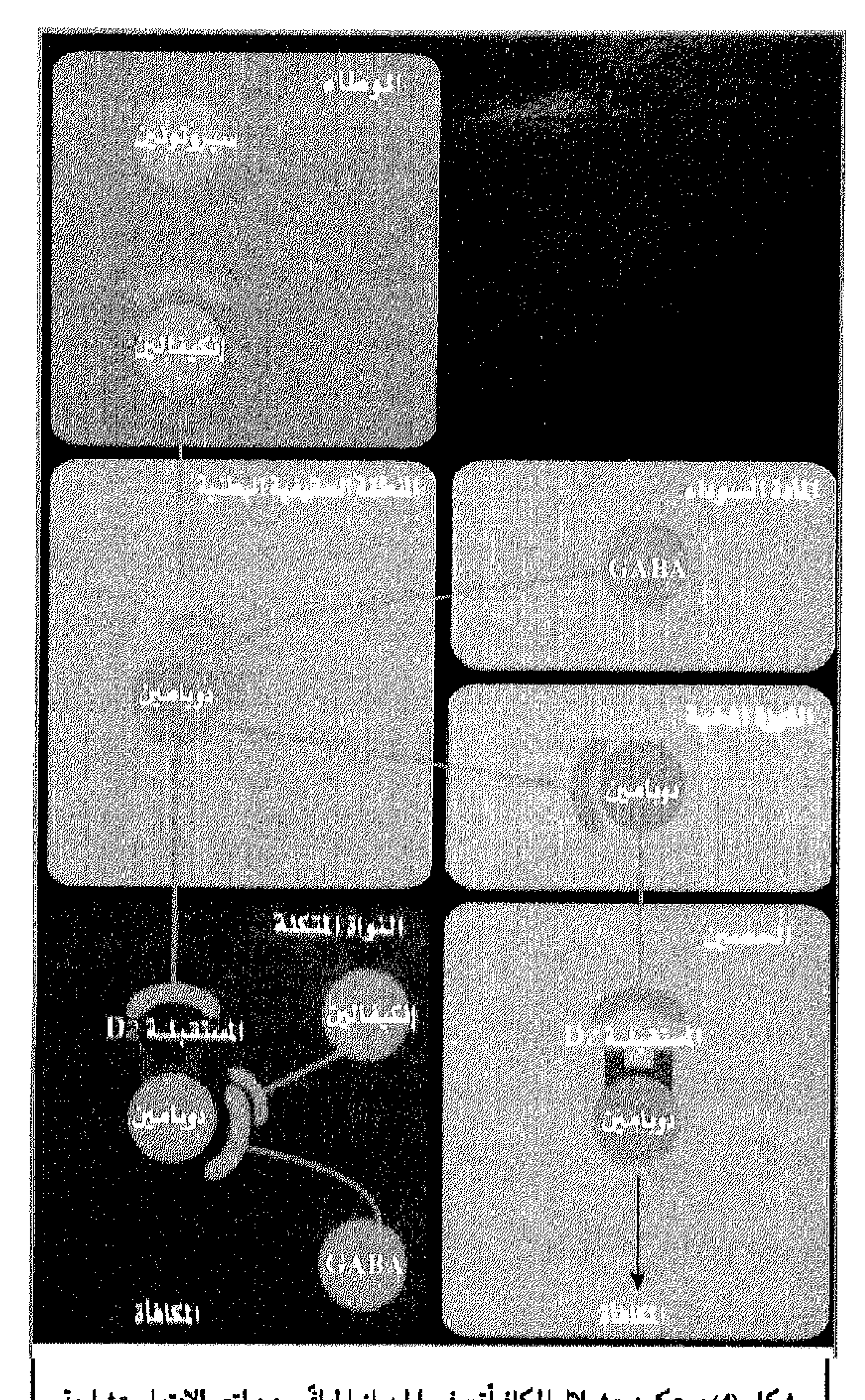


شكل (3): تلعب التراكيب العميقة ضمن الجهاز الحافي دورا حاسما في التعبير عن المشاعر ونشاط جهاز المكافأة في الدماغ. تستند تجربة الشعور بالمتعة وتحوير (Modulation) المكافأة على «شلال» للمكافأة وهو عبارة عن سلسلة من العصبونات الموجودة ضمن الجهاز الحافي (Limbic System)، والتي تتفاعل من خلال العديد من الجزيئات المرسلة للإشارات، أو الناقلات العصبية (Neurotransmitters). ويفترض بعض الباحثين أن عيبا كيميائيا حيويا في واحد أو أكثر من العصبونات أو الجزيئات المرسلة للإشارات، يمكنه أن يزيل شعور الفرد بالعافية، ويستبدله بالقلق، أو الغضب أو الاشتهاء لمادة يمكنها أن تخفف المشاعر السلبية.

ويمكن العثور على دعم لنظرية الشلال لإدمان الخمور في البشر، من خلال سلسلة من التجارب السريرية. وعند تطبيق طلائع الأحماض الأمينية (Amino Acid Precursors) لبعض الناقلات العصبية (مثل السيروتونين والدوبامين)، مع عقار يزيد من نشاط الإنكيفالينات، على عدد من الأفراد الكحوليين، قرر أولئك شعورهم باشتهاء أقل للكحول، وانخفاض مرات الشعور بالإجهاد، وزيادة احتمالات التحسن، وانخفاض معدلات الانتكاس.

وبالإضافة إلى ذلك، فإن الفكرة القائلة بأن الدوبامين هو «السبيل المشترك النهائي» (Common Final Pathway) للعقاقير مثل الكوكايين، والمورفين والكحول، تدعمها الدراسات الحديثة التي أجريت في كلية الطب التابعة لجامعة «ييل». وقد أثبت أولئك الباحثون أن الاستخدام المزمن للكوكايين، أو المورفين أو الكحول، يؤدي لظهور عدد من التلاؤمات (Adaptations) الكيميائية الحيوية في الجهاز الدوباميني الحافي. ويقترح الباحثون أن التي تفضل الكحول عصبونات سيروتونية أقل في الوطاء، ومستويات أعلى من الإنكيفالينات في الوطاء (نظرا لإفراز كمية أقل منها)، وعدد أكبر من عصبونات GABA في النواة المتكئة (والتي تثبط إطلاق الدوبامين)، وانخفاض إمدادات الدوبامين في النواة المتكئة، وكثافة أقل لمستقبلات الدوبامين D_2 في بعض باحات الجهاز الحافي.

وتشير هذه الدراسات إلى وجود «شلال» مكون من أربعة أجزاء، والذي يحدث فيه انخفاض في كمية الدوبامين المطلقة في باحة رئيسية للمكافأة في الجرذان التي تفضل الكحول على الماء. ويؤدي حقن المواد التي



شكل (4): يتكون «شلال المكافأة» في الجهاز الحافي من اتصالات استثارية (باللون الأزرق) ومثبطة (باللون الأحمر)، توجد بين العصبونات التي يتم تحويرها بفعل الناقلات العصبية. يفترض بعض الباحثين أن تنشيط مستقبلة الدوبامين D_2 (باللون الأخضر) بفعل الدوبامين الموجود على الأغشية الخلوية للعصبونات في النواة المتكئة (*Nucleus Accumbens*) والحُصين، يمثل «السبيل العام النهائي» لشلال المكافأة. وإذا كان نشاط مستقبلة الدوبامين D_2 معيبا، فسينخفض نشاط العصبونات في النواة المتكئة والحُصين، ويعاني الفرد من المشاعر السيئة أو اشتهاء المواد (المخدرة) التي يمكن أن تزوده باستراحة مؤقتة عن طريق إطلاق الدوبامين. ومن المعروف أن الكحول، والكوكايين والنيكوتين تزيد من معدلات إطلاق الدوبامين في الدماغ. ويبين الشكل تخطيطا مبسطا لشلال المكافأة. ومن الممكن أن تؤدي اضطرابات الخلايا والجزيئات في الجزء العلوي من الشلال، إلى عرقلة النشاط الطبيعي من جهاز المكافأة بالدماغ. يبدأ الشلال بالنشاط الاستثاري للعصبونات المطلقة للسيروتونين في الوطاء. ويؤدي ذلك إلى إطلاق الببتيد الأفيوني ميت-إنكيفالين في الباحة السقيفية البطنية (Ventral Tegmental Area)، والتي تثبط نشاط العصبونات التي تطلق الناقل العصبي المثبط، حمض الجاما أمينو بيوتريك (GABA). ويتيح إزالة التثبيط (Disinhibition) عن العصبونات المحتوية على الدوبامين في الباحة السقيفية البطنية، لهذه العصبونات أن تطلق الدوبامين في النواة المتكئة وفي بعض أجزاء الحُصين، مما يتيح استكمال مراحل الشلال.

هذا التلاؤم قد يؤدي لإحداث تغيرات في الملكات البنيوية والوظيفية للجهاز الدوباميني.

ومن المعتقد أن الركائز البيولوجية (Biological Substrates) للمكافأة، والتي تستبطن إدمان الكحول والعقاقير الأخرى، تمثل أيضا أساسا للاضطرابات الاستحواذية، والاندفاعية، والإدمانية ـ بما فيها متلازمة نقص المكافأة.

* إدمان الخمور والجينات

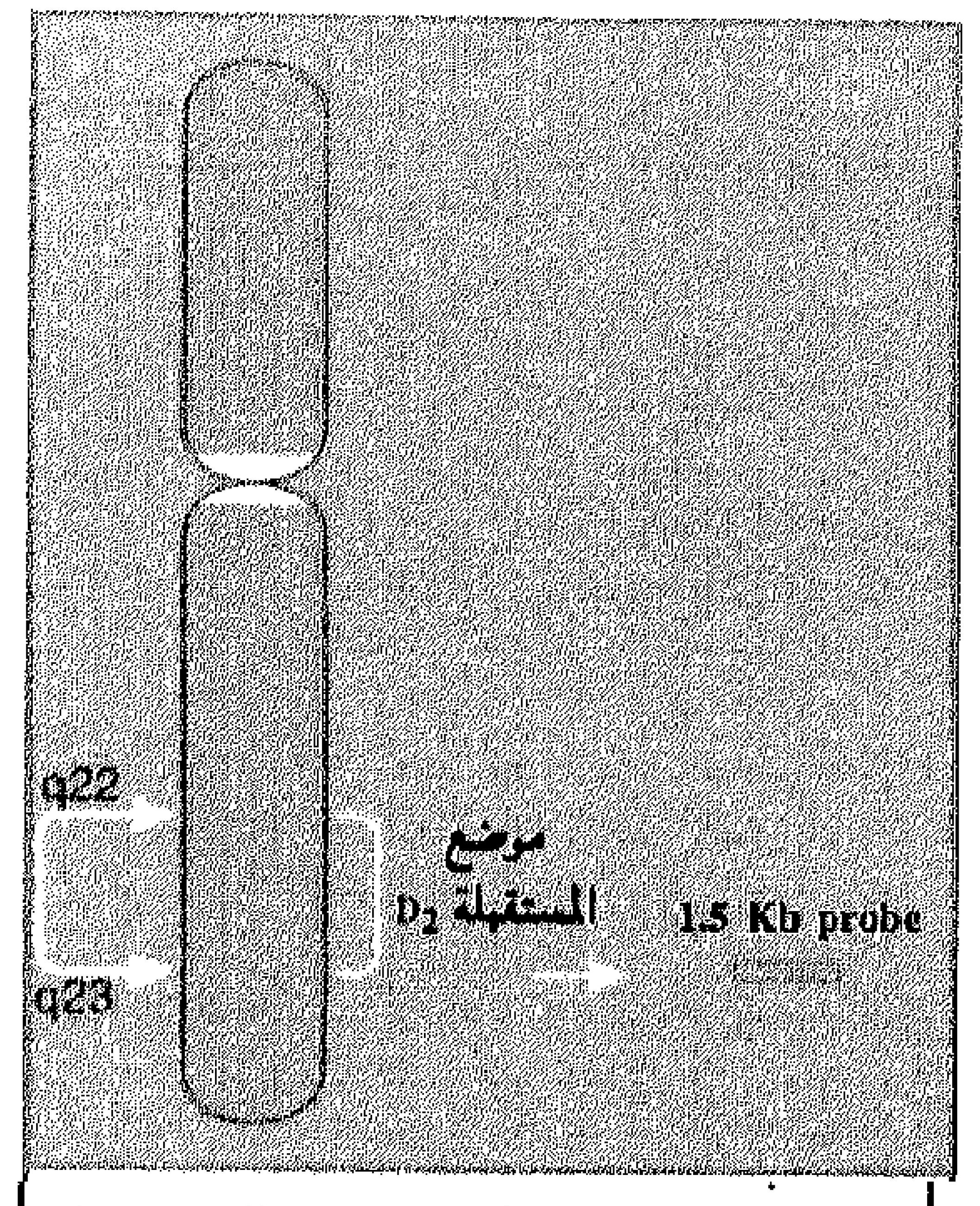
قد يؤدي حدوث تعديل في أي من الجينات المسؤولة عن تعبير الجزيئات في «شلال المكافأة»، لتعريض الفرد لخطر إدمان الخمور فيما بعد. وبالفعل، فقد تراكمت الأدلة على وجود أسس وراثية لإدمان الخمور، على مدار العقود الخمسة الماضية. كان أول هذه التقارير مستمدا من الدراسات التي أجراها على جرذان المختبر عالم النفس الأمريكي ل.ميرون (Mirone) في عام 1952. وجد ميرون أن بعض الجرذان، لو توفر لها الاختيار، تفضل الكحول على الماء. وقد أجرى علماء جامعة كاليفورنيا في بيركلي المزيد من البحث على هذه النقطة، بإنتاج جرذ طبيعي (من الذرية C57) لديه تفضيل ملحوظ للكحول. وقد أنجبت الذرية C57 المفضلة للكحول، مزيدا من أشباهها خلال الأجيال المتعاقبة، في أول دليل قاطع على ارتباط إدمان الخمور بأسس وراثية.

أما الدليل الأول على وجود أسس وراثية لإدمان الخمور في البشر، فقد ظهر عام 1972، عندما وجد العلماء في كلية الطب بجامعة واشنطن في سانت لويس، أن الأطفال المتبنين (Adopted) الذين كان آباؤهم البيولوجيون مدمني خمور، كانوا أكثر احتمالاً لأن يعانوا من المشكلات المتعلقة بتعاطي الخمور، من أقرانهم المولودين لوالدين لاكحوليين. وفي عام 1973، أجرى علماء معهد العلوم النفسية في

العاصمة الدانمركية كوبنهاجن، دراسة على 5,843 رجلاً دانمركياً كان قد تم تبنيهم في مرحلة الطفولة المبكرة. وجدت الدراسة أن الأبناء المولودين لآباء كحوليين كانوا أكثر احتمالا بثلاثة أضعاف لأن يصبحوا مدمني خمور، عن أبناء الآباء اللاكحوليين (Non-alcoholics).

وفي أواخر الثمانينات، أشارت الأبحاث المتعلقة بتوريث إدمان الخمور، إلى أنه قد تكون هناك اختلافات وراثية مهمة بين الكحوليين وغير الكحوليين. وقد شك العلماء في أن نشاط الجزيئات المرسلة للإشارات الكيميائية في سبل (Pathways) المكافأة بالدماغ، قد يكون مكتنفا في هذه العملية. وعلى مدى سنتين، أجريت مقارنة بين ثماني واسمات جينية (Genetic Markers)، متعلقة بالعديد من الناقلات العصبية (بما فيها السيروتونين، والأفيونيات داخلية المنشأ، وحمض الجاما أمينو بيوتريك (GABA)، والترانسفرين، والأسيتيل كولين، وإنزيم ديهيدروجيناز [نازعة هيدروجين] الكحول، وديهيدروجيناز الألديهيد). وقد فشل العلماء، في جميع الحالات، في اكتشاف وجود صلة مباشرة بين الواسمات الجينية وإدمان الخمور.

وقد سنحت فرصة دراسة واسمة جينية أخرى، بعد أن قام أوليفر سيفيلي (Civelli) من جامعة أوريجون، بتنسيل (Cloning) وسَلْسَلَة (Sequencing) الجين المسؤول عن أحد



شكل (5) : يحمل الكروموسوم (الصبغي) البشري رقم 11، الجين الذي يشفر لمستقبلة الدوبامين D_2، وهي واحدة من المستقبلات الست المعروفة للدوبامين. يوجد الجين على الذراع الطويل (q) للكروموسوم وقد تم تنسيله وسَلْسَلَته في عام 1990، مما أتاح للباحثين فرصة لاستقصاء الاختلافات الوراثية بين السكان.

أنماط مستقبلة الدوبامين D_2. وتعد المستقبلة D_2 واحدة من خمس على الأقل من مستقبلات الدوبامين المميزة فيزيولوجيا (D_1 وD_2 وD_3 وD_4 وD_5)، والموجودة على الأغشية المشبكية (Synaptic Membranes) للعصبونات الدماغية. وقد أثبتت الدراسات السابقة أنه يتم التعبير (Expression) عن المستقبلات D_2، في العصبونات الموجودة داخل قشر المخ (Cerebral Cortex)، والجهاز الحافي بما فيه النواة المتكئة، واللوزة (Amygdala) والحُصين. ونظرا لأن هذه هي نفس باحات الدماغ (باستثناء القشر المخي) التي يعتقد اكتنافها في «شلال المكافأة»، فقد أتاحت أبحاث سيفيلي الفرصة لاستقصاء مرشح (Candidate) جزيئي مهم للاضطرابات الوراثية بين مدمني الخمور.

وتعتمد التقنية المستخدمة في التفريق بين جينات مدمني الخمور الموجودة على المستقبلة D_2، وبين تلك الخاصة بغير المدمنين، على تحديد تعددات الأشكال المتعلقة بطول شدفة التقييد (Restriction Fragment Length Polymorphisms:RFLP's). وتتضمن هذه المقاربة استخدام الإنزيمات القاطعة للدنا (DNA-cutting Enzymes): [النوكليازات الداخلية المقيِّدة Restriction Endonucleases]، والتي تشطر جزيء الدنا (DNA) في تتابعات نوكليوتيدية محددة. وإذا كانت هناك اختلافات جينية بين فردين، مثل أن يقوم إنزيم مقيِّد بقطع الدنا (DNA) في كل منهما عند نقاط مختلفة في (أو قرب) جين ما، فستكون الشدف الجينية الناتجة في كل منهما ذات أطوال مختلفة. ويتم التعرف على هذه الشدف المتباينة، أو تعددات الأشكال (Polymorphisms)، باستخدام مسبر الدنا الموسوم إشعاعيا (Radioactively-labeled DNA Probe) في هذه الحالة

متتابعة قصيرة من جين المستقبلة D_2 الذي يتحد بمتتابعة مكملة (Complementary Sequence) من الدنا (DNA) الموجود على الشدف (Fragments). وتبين الشدف الموسومة إشعاعيا ذات الأطوال المختلفة، وجود اختلاف في متتابعة التشطر (Cleavage Sequence) يتم التعرف عليها بواسطة الإنزيمات المقيّدة.

وقد حصلنا على المزيد من الأدلة على دور البيولوجيا في إدمان الخمور، نتيجة للجهود التي بذلت لاكتشاف تلك الواسمات الكهربية ـ الفيزيولوجية (Electrophysiological Markers) التي قد تشير إلى وجود استعداد وراثي للإصابة بالاضطرابات الإدمانية. ومن بين هذه العلامات، نجد خفاء (Latency) ومقدار (Magnitude) الموجة الموجبة بطول 300 ملي ثانية (P300)، وهي مؤشر على النشاط الكهربي العام للدماغ، والذي يمكن استدعاؤه بواسطة محفز محدد مثل نغمة (Tone) معينة. وقد أثبتت الأبحاث أن شذوذ النشاط الكهربي للدماغ يتضح في الأبناء الصغار للآباء الكحوليين. فنجد أن الموجات P300 لديهم تقل بشكل ملحوظ عنها في أبناء الآباء اللاكحوليين. وقد طرحت هذه النتائج سؤالين عما إذا كان هذا العيب منقولا من الأب إلى ابنه، وما إن كان هذا العيب يجعل الابن أكثر عرضة لإدمان المواد (المخدرة) في المستقبل.

وقد أجابت التجارب التي أجريت منذ ذلك الحين على كلا السؤالين. فقد أظهر الآباء الكحوليون نفس عيب الموجة P300 الذي لوحظ وجوده في أبنائهم، كما أظهر الأبناء معدلات أعلى لسلوكيات اشتهاء العقاقير المخدرة (بما فيها الكحول والنيكوتين [Nicotine]) مقارنة بأبناء الآباء اللاكحوليين.

* إدمان المخدرات والتدخين

يمكن أن يجلب الكوكايين (Cocaine) إحساسا حادا، لكنه مؤقت، بالبهجة للمتعاطي. والنتيجة النهائية للمحاولات المتكررة للحصول على هذا الشعور المبهج هي، بطبيعة الحال، الإدمان والأذى النفسي والفيزيولوجي الحاد. تم وضع العديد من النظريات النفسية ـ الاجتماعية لتفسير إدمان الكوكايين والعقاقير المحظورة الأخرى. وبالمقارنة مع إدمان الخمور، حيث تتنامى الأدلة التخبرية (Empirical) على اكتناف العوامل الوراثية في العملية، فنحن لا نعرف سوى القليل نسبيا حول وراثيات إدمان الكوكايين في البشر. و على أية حال، فقد أشارت بعض الدراسات الأخيرة إلى اكتناف العوامل الوراثية في تعاطي وإدمان الكوكايين والعقاقير المحظورة الأخرى.

أظهرت الدراسات التي أجريت على الأطفال المتبنين، على سبيل المثال، أن وجود خلفية بيولوجية للمشكلات المتعلقة بتعاطي الكحول في الوالدين، يتنبأ بمزيد من ميل الأطفال نحو إدمان المخدرات فيما بعد. وبالمثل، فقد أظهرت الدراسات العائلية على مدمني الكوكايين وجود نسبة مئوية مرتفعة من أقرباء الدرجة الأولى أو الدرجة الثانية الذين تم تشخيصهم كمدمني خمور.

وكثيرا ما يكتشف أن الشذوذات السلوكية، مثل اضطرابات التصرف (Conduct Disorders) (حيث يخرق الأطفال الأعراف الاجتماعية ويعتدون على حقوق الآخرين)، واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع (Antisocial Personality) (المقابل لاضطرابات التصرف في البالغين)، مرتبطة بمشكلات تعاطي الكحول والمخدرات.

وبرغم أننا لا نعرف سوى القليل عن وراثيات إدمان الكوكايين، فهناك الكثير من البيانات العلمية المتوافرة

شكل (6) : تعتمد طريقة التعرف على الاختلافات الوراثية في جين مستقبلة الدوبامين D_2 ، على اكتشاف تعددات الأشكال المتعلقة بطول شدفة التقييد (Restriction Fragment Length Polymorphisms: RFLP's) . يتم استخراج الدنا (DNA) من النسيج الدماغي، أو عينات الدم أو أنسجة الجسم الأخرى، وبعد ذلك يقطع إلى العديد من الشدف (Fragments) بواسطة الإنزيمات المقيِّدة (مثل *Taq I*) ، والتي تشطر المادة الوراثية في تسلسل نوكليوتيدي خاص. تفصل الشدف عن بعضها البعض في محلول هلامي بواسطة تيار كهربي يحمل الشدف إلى مسافات مختلفة طبقاً لأطوالها وشحنتها الكهربية. يقوم مسبر مشع (Radioactive Probe) بربط التتابعات المكملة للشدف الوحيدة الطاق (Single-stranded)، ويمكن رؤية شدف الدنا (DNA) الوحيدة الطاق، والتي ترتبط بالمسبر، عندما يعرّض فيلم الأشعة السينية للغشاء. وهنا يمكن اكتشاف الاختلافات الوراثية في فيلم الأشعة السينية، منتجا بصمة الدنا (DNA Fingerprint) لكل من الأفراد الثلاثة (أ، ب، ج).

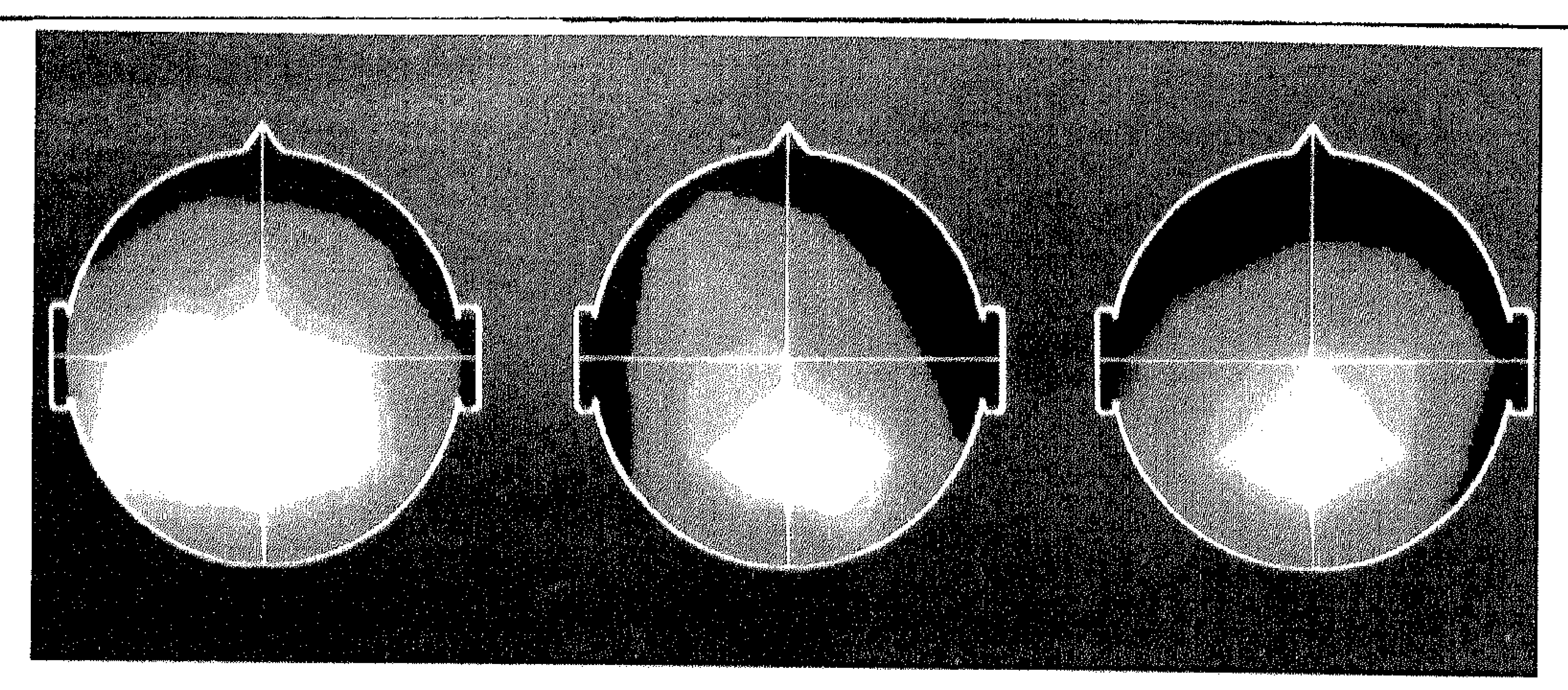


حول تأثيرات الكوكايين على كيمياء الدماغ. ويمكن تلخيص النظرة العلمية الحالية للموضوع في أن النظام (System) الذي يستخدم الدوبامين في الدماغ يلعب دورا مهما في التأثيرات المبهجة للكوكايين. وفي الحيوانات، على سبيل المثال، يوجد الموقع الرئيسي الذي يمارس فيه الكوكايين تأثيره، في جين مستقبلة الدوبامين D_2 على الكروموسوم رقم 11. ومن المعروف حاليا أن المستقبلات D_2 تقل بالتعاطي المزمن للكوكايين، وربما يؤدي ذلك لاشتهاء حاد للكوكايين، ومن المحتمل حدوث أحلام الكوكايين (Cocaine Dreams).

وفي دراسة حديثة أجراها العلماء في جامعة كاليفورنيا في لوس أنجلوس (UCLA)، وجد أن حوالي 25 بالمائة من مدمني الكوكايين لديهم الأليل A_1 لجين مستقبلة الدوبامين D_2، مقارنة بما لا يزيد عن 21 بالمائة من غير المدمنين. وتزيد معدلات الأليل A_1 بصورة كبيرة، نتيجة لوجود ثلاثة عوامل للاختطار: إدمان الآباء للكحول والمخدرات؛ قوة الكوكايين المستعمل من قبل المدمن (الاستخدام عبر الأنف [Intranasal]، مقابل حقن الكوكايين عبر الوريد)؛ والسلوك الشاذ في الطفولة المبكرة، مثل اضطرابات التصرف. وفي حقيقة الأمر، إذا كان لدى مدمن الكوكايين ثلاثة من عوامل الاختطار تلك، فسترتفع معدلات الأليل A_1 إلى نسبة 87 بالمائة. وتشير هذه الاكتشافات إلى أن الاضطرابات السلوكية في الطفولة قد تشير إلى وجود استعداد وراثي لإدمان الكحول أو المخدرات.

وقد أشارت الدراسات الحيوانية إلى أن سبل الدماغ الدوبامينية (Dopaminergic Pathways)، قد تكون مكتنفة في العملية. وعلى سبيل المثال، يؤدي إعطاء النيكوتين للقوارض (Rodents) لاضطراب عملية استقلاب الدوبامين في مراكز المكافأة بالدماغ إلى مدى أكبر مما يحدثه الكحول.

وبهذه الحقائق في الذهن، قام العلماء باستقصاء معدلات وقوع الأليل A_1 في مجموعة من المدخنين القوقازيين. لم يكن هؤلاء المدخنين من مدمني الكحول أو العقاقير الأخرى، لكنهم تعرضوا لمحاولة فاشلة واحدة على الأقل للتوقف عن التدخين. وجد الباحثون أن 48 بالمائة من المدخنين يحملون الأليل A_1. كلما زادت معدلات انتشار الأليل A_1، انخفض عمر البدء بالتدخين، وازدادت كمية التدخين، وتعاظمت صعوبة محاولة التوقف عن التدخين. وفي عينة أخرى من المدخنين وغير المدخنين القوقازيين، وجد الباحثون أن انتشار الأليل A_1 كان أعلى في المدخنين الحاليين، وأقل في أولئك الذين توقفوا عن التدخين، وأقل ما يكون في أولئك الذين لم يسبق لهم أن دخنوا من قبل.



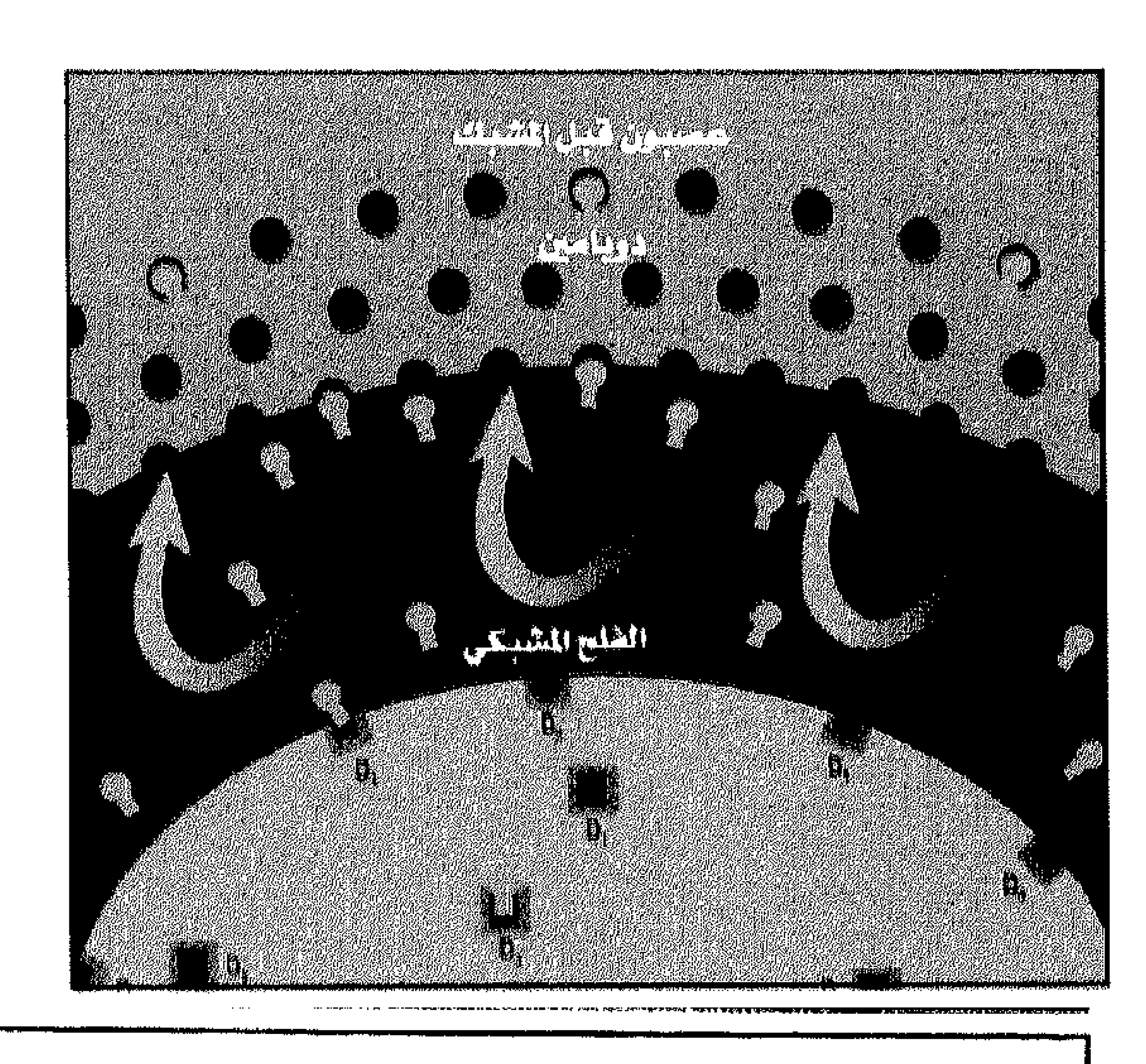
شكل (7): تتضح الاختلافات في النشاط الكهربي للدماغ، في خفاء (Latency) وحجم الموجة الموجبة بطول 300 ملي ثانية (P300) للكمون المستدعى (Evoked Potential) في الأفراد الحاملين للأليل A_2 لجين مستقبلة الدوبامين D_2 (يسار). تحدث الموجة P300 نموذجياً بين 300 و330 ملي ثانية، وتتسم بمدى (Amplitude) مرتفع (حوالي 10 ميكرو ڤولط). وفي بعض اضطرابات الدماغ المتعلقة بالناقلات العصبية: الدوبامين والأسيتيل كولين (Acetylcholine)، يزيد خفاء الموجة P300 ويقل حجمها. ونرى هنا صورة لدماغ مريض بدين (الصورة الوسطى) مع النمط الجيني متغاير الزيجوت A_1/A_2، تظهر خفاء طبيعيا مع انخفاض الحجم الموجي(حوالي 7 ميكرو ڤولط) للموجة P300 . أما في المريض الكحولي (يمين) مع النمط الجيني متماثل الزيجوت A_1/A_1، فهي تظهر خفاء طويلا بشكل غير عادي (364 ملي ثانية)، مع انخفاض الحجم الموجي(حوالي 6 ميكرو ڤولط). أظهرت الدراسات السابقة أن الأبناء الصغار للآباء الكحوليين يحدث لديهم خفاء متأخر بشكل غير عادي في الموجة P300، مما يعد أحد عوامل التنبؤ بإدمان المخدرات في مرحلة المراهقة.

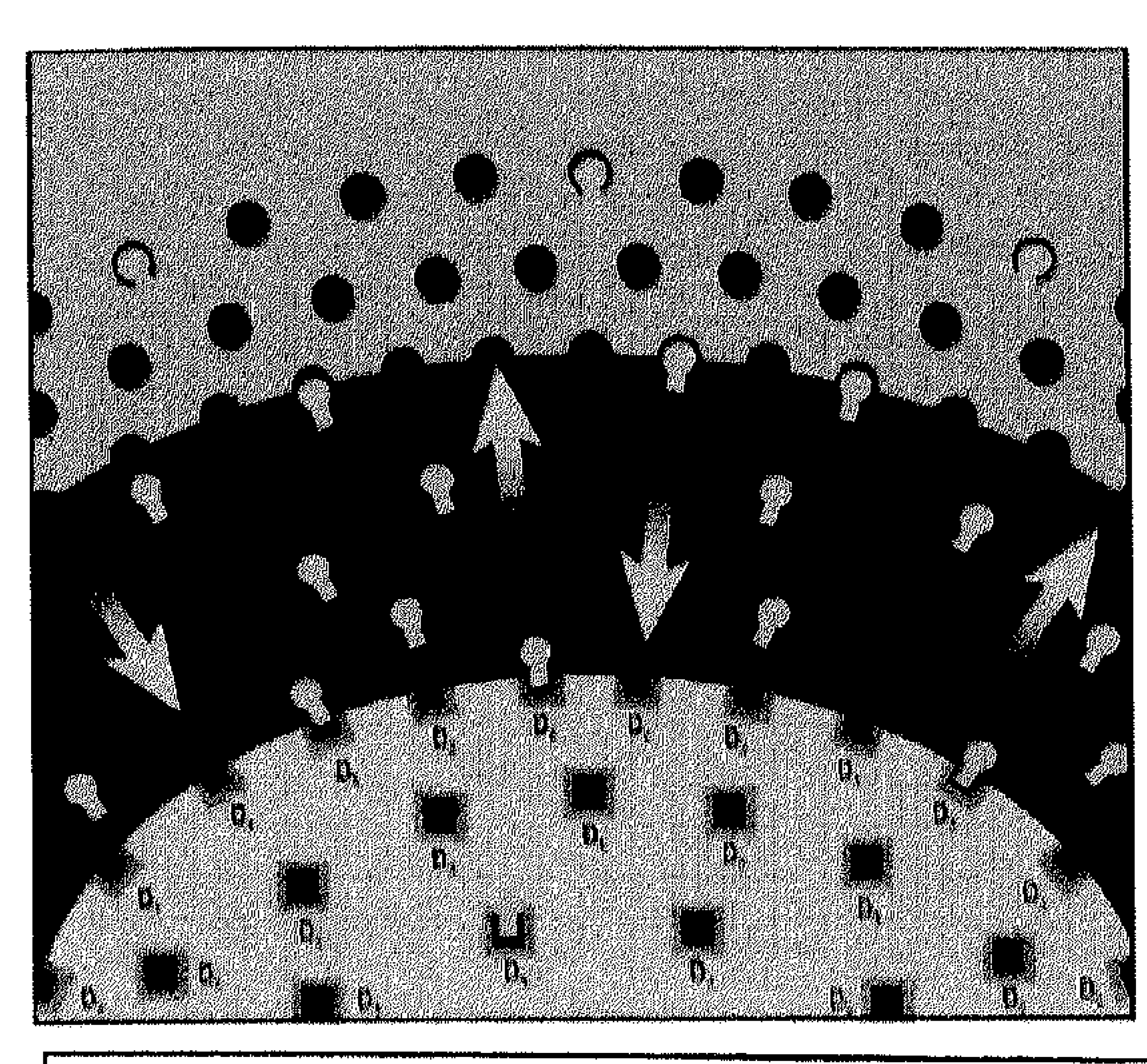
* الشراهة والمقامرة الاستحواذيان:

السمنة (Obesity) هي مرض يتظاهر في العديد من الأشكال. وقد كان من المعتقد في السابق أنها مرض بيئي في الأساس، لكنها تعتبر الآن مزيجا من المكونات الوراثية و البيئية. وفي دراسة سويدية على الأطفال المتبنين (Adopted)، على سبيل المثال،كانت أوزان المتبنين (Adoptees) البالغين مرتبطة ارتباطا وثيقا بمنسب كتلة الجسم (Body Mass Index; BMI) للوالدين البيولوجيين وكذلك إلى منسب كتلة جسم الوالدين المتبنيين. وتشير الدراسات الأخرى التي أجريت على الأطفال المتبنين وعلى التوائم، أن الوراثة تلعب دورا مهما في تطور السمنة، بينما لا تؤثر بيئة الطفولة سوى بمقدار ضئيل، هذا إن وجد أصلا. وبالإضافة إلى ذلك، فقد وجد أن توزيع الدهون في الجسم تتحكم فيه العناصر الوراثية أيضا.

وباعتبار المنظومة المعقدة للأنظمة الاستقلابية التي تساهم في الشراهة المرضية للطعام والسمنة، ليس من المستغرب أن نجد عددا من العيوب الكيميائية ـ العصبية المكتنفة في العملية. وبالفعل، فقد اكتشفت ثلاث من هذه الجينات على الأقل: أحدها متعلق بإنتاج الكولستيرول، والثاني بنقل الدهون، بينما يتعلق الأخير بإنتاج الإنسولين (Insulin).

ومهما كانت العلاقة بين هذه الأنظمة، يشير تعقيد اضطرابات الطعام الاستحواذية إلى اكتناف أكثر من جين معيب واحد في العملية. وبالفعل، فقد أكدت الأبحاث وجود علاقة مثبتة بين فرط تناول الطعام الاستحواذي وبين إدمان الكحول والمخدرات. وتظهر الدراسات





شكل (8): إن الأفراد الحاملين للأليل A_1 (الصورة العليا) لجين مستقبلة الدوبامين D_2، لديهم كثافة أقل من مستقبلات الدوبامين D_2 (باللون الأخضر)، مقارنة بالأفراد الحاملين للأليل A_2 (الصورة السفلى). ويقترح الباحثون أن انخفاض أعداد مستقبلات الدوبامين D_2 في سبل (Pathways) المكافأة بالدماغ يتسبب في إحداث الغضب، والقلق واشتهاء المواد (المخدرة)، مثل الكوكايين، والكحول أو النيكوتين، مما يزيد من معدلات إطلاق الناقل العصبي، الدوبامين، في الدماغ.

الكيميائية ـ العصبية أن سلوك البحث عن المتعة هو قاسم مشترك بين إدمان الكحول، والمخدرات والكربوهيدرات. ويتسبب كل من الكحول، والمخدرات والكربوهيدرات في إطلاق الدوبامين في باحة المكافأة الأولية بالدماغ ـ أي النواة المتكئة. وبرغم أن الموضع والمناوعة الدقيقة للخصائص المحدثة للمتعة (Pleasure-inducing) في الكحول، والمخدرات والطعام لا يزالان محل خلاف بين الباحثين، إلا أن هناك اتفاقاً عاماً على أنهما يعملان عبر السبل الدوبامينية في الدماغ. وتشير دراسات أخرى إلى اكتناف ثلاثة مواد أخرى على الأقل، وهي الناقلات العصبية: السيروتونين، والحمض GABA، والببتيدات الأفيونية.

ويبدو أن ضربا من ضروب جين مستقبلة الدوبامين D_2 يمثل أحد عوامل الاختطار للإصابة بالسمنة. فقد وجد الأليل A_1 في 45 بالمائة من الأشخاص السمان، مقارنة مع 19بالمائة من غير السمان. وبالإضافة إلى ذلك، فلم يكن هناك ارتباط بين الأليل A_1 بعدد آخر من عوامل الاختطار الاستقلابية والقلبية الوعائية، بما فيها ارتفاع مستويات الكولستيرول وارتفاع ضغط الدم (Hypertension). وعلى العكس من ذلك، عندما تضمنت استقصاءات المريض وجود عوامل مثل السمنة الأبوية (Paternal)، ظهور السمنة في مرحلة عمرية متأخرة، والميل لتناول الكربوهيدرات، فقد ازدادت معدلات انتشار الأليل A_1 لتصل إلى 85 بالمائة.

* اضطراب نقص الانتباه

(Attention-deficit Disorder)

يبلغ انتشار هذا الاضطراب أقصاه بين الأولاد في عمر المدرسة، الذين تزيد احتمالية ظهور الأعراض فيهم بأربعة أضعاف ما هي عليه في البنات من نفس المجموعة العمرية. ويلاقي هؤلاء الأطفال صعوبة في توجيه أنفسهم للمهمات التي تتطلب مجهودا عقليا متواصلا، كما يمكن تشتيت

شخص طبيعي

مدمن للكوكايين لمدة 4 أشهر

مدمن للكوكايين لمدة 1 شهر

BNL/SUNY

شكل (9): تكتشف الاختلافات في كثافة مستقبلات الدوبامين D_2 في دماغ شخص طبيعي (الصف العلوي) ودماغ مدمن الكوكايين لمدة شهر واحد (الصف الأوسط)، وعند 4 شهور بعد الانسحاب (الصف السفلي)، عن طريق الاتحاد بقائف مشع (Radioactive Tracer)، في هذه التفريسات للتصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني (PET). يقترح التناقص الطويل الأمد لمستقبلات الدوبامين D_2 في مدمني الكوكايين، أن انخفاض نشاط هذه المستقبلات يمثل حالة مزمنة. وربما يسهم التناقص في مستقبلات الدوبامين D_2، في اشتهاء الفرد للكوكايين. وتظهر الصور هنا كثافة مستقبلات الدوبامين D_2 في أربعة مستويات مختلفة في الأنوية القاعدية (Basal Ganglia).

انتباههم بسهولة، وقد يجدون صعوبة في أن يبقوا جالسين في الفصل بدون تململ، ولا يستطيعون انتظار دورهم في الإجابة على أسئلة المعلم. وبرغم أن الأطفال الطبيعيين يظهرون مثل هذه الأعراض أحيانا، يتم تشخيص اضطراب نقص الانتباه عندما تؤدي استمرارية هذا السلوك وشدته، إلى إعاقة تطور الطفل الاجتماعي وتحصيله الدراسي.

ركزت الاستنتاجات المبكرة حول أسباب اضطراب نقص الانتباه، على المصادر المحتملة للكَرْب (Stress) في أفراد عائلة الطفل، بما فيها النزاعات الزوجية، وعدم كفاءة الأبوين، والمرض النفسي، وإدمان الخمور أو إدمان المخدرات. وعلى أية حال، فقد بات من الواضح أن الكرب العائلي (Familial Stress) لا يمكنه تفسير معدلات وقوع هذا الاضطراب. وهناك قليل من الشك حاليا في وجود أسس وراثية لهذه الاضطرابات.

ويمكننا العثور على الأدلة المساندة لهذا التصور، من خلال دراسة أنماط التوريث في عائلات الأطفال المصابين بهذا الاضطراب ومن دراسات التوائم المتماثلة (Identical Twins). وعلى سبيل المثال، إذا تفكرنا في الحالات التي

تمت فيها تربية الأشقاء الكاملين (Full Siblings) وأنصاف الأشقاء (الذين لا يمتلكون سوى نصف الهوية الوراثية للأشقاء الكاملين)، في نفس البيئة العائلية. فإذا كانت الأعراض السلوكية لاضطراب نقص الانتباه، «تم تعلمها» (Learned) في العائلة، فلابد أن يكون وقوع الاضطراب متماثلا بالنسبة للأشقاء الكاملين كما هو لأنصاف الأشقاء. وحقيقة الأمر هي أن أنصاف الأشقاء للأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه تقل لديهم بصورة مؤثرة احتمالية الإصابة بهذا الاضطراب عنها في الأشقاء الكاملين. وفي دراسة أخرى، اكتشف الباحثون أنه إذا كان أحد توأمين متماثلين مصابا باضطراب نقص الانتباه، فهناك احتمال 100 بالمائة لأن يكون توأمه مصابا بالاضطراب بدوره. وعلى العكس من ذلك، فلا يزيد احتمال الإصابة في التوائم غير المتماثلة عن 17 بالمائة. وقد دعمت هذه النتيجة بدراستين مستقلتين أجريتا على التوائم المتماثلة. واكتشفت إحدى هاتين الدراستين أن الأليل A_1 لجين مستقبلة الدوبامين D_2 كان موجودا في49 بالمائة من الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه ،مقارنة بما لا يزيد عن 27 بالمائة في المجموعة الشاهدة.

ربطت بعض الأبحاث الأخيرة بين اضطراب نقص الانتباه، وبين اضطراب اندفاعي آخر: وهو متلازمة «توريت» (Tourette Syndrome). فمنذ ما يزيد على القرن، وصف طبيب الأعصاب الفرنسي جيل ديلا توريت حالة مرضية تتسم بالقَسَم الاستحواذي (Compulsive Swearing)، وتشنجات عضلية لاإرادية متعددة، وإحداث المريض لضوضاء عالية. وجد توريت أن الاضطراب يظهر عادة في الأطفال بين السابعة والعاشرة من العمر، كما يصاب الأولاد بالاضطراب أكثر من البنات. وقد اعتقد توريت بأن الحالة قد تكون راجعة لسبب وراثي.

ومن الواضح أن متلازمة «توريت» شديدة الارتباط باضطراب نقص الانتباه. وفي الدراسات التي أجريت على الاضطرابين، وجد أن 50 إلى 80 بالمائة من المصابين بمتلازمة «توريت» كانوا مصابين باضطراب نقص الانتباه أيضا. وبالإضافة إلى ذلك، فكثير من أقرباء الأفراد المصابين بمتلازمة «توريت»، كانوا مصابين باضطرابات نقص انتباه/فرط النشاط (Hyperactivity). وقد اتضح الآن أن متلازمة «توريت» هي مرض معقد قد يشتمل على اضطراب نقص الانتباه، واضطرابات التصرف، والاضطرابات الاستحواذية والإدمانية، والاضطرابات الأخرى المتعلقة بها. وقد دفع التلازم الوثيق بين هذه الاضطرابات، إلى اقتراح بعض الباحثين أن متلازمة «توريت» ما هي إلا شكل حاد من أشكال اضطراب نقص الانتباه.

* مستقبلة الدوبامين D_2:

يحمل الأليل A_1 عامل الاختطار السلوكي الذي يظهر نفسه ليس فقط في إدمان المواد (المخدرة) واضطراب نقص الانتباه، بل وفي السلوك المعادي للمجتمع (Antisocial Behavior)، واضطرابات التصرف والسلوك العنيف أو العدواني أيضا. وفي دراسة حديثة، اكتشف وجود الأليل A_1 في 60 بالمائة من أفراد عينة من المراهقين الصغار الذين تتراوح أعمارهم بين 12 و18 سنة، الذين شخصوا على أنهم يظهرون «عنفا مرضيا» (Pathologically Violent). كان نمط مغاير من الجين الناقل للدوبامين (VENT 10 repeat) موجودا في 100 بالمائة من أولئك المراهقين. ومن بين هؤلاء، كان لدى 70 بالمائة الشكل 10/10 من الجين، في حين كان 30 بالمائة حاملين للشكل الأليلي 10/9. ووجدت دراسة أخرى أن 59 بالمائة من قدامى المحاربين في فيتنام، والمصابين باضطراب الكرب التالي للصدمة (Post-traumatic Stress Disorder)، كانوا يحملون الأليل A_1، مقارنة بما لايزيد عن 5 بالمائة من أقرانهم الذين تعرضوا لضغوط مماثلة، لكنهم لم يصابوا بالاضطراب.

لماذا يتعرض حاملو الأليل A_1 لطيف من الاضطرابات المتعلقة بمتلازمة نقص المكافأة؟... وجد أن الأفراد الحاملين للأليل A_1 كان لديهم نقص لا يقل عن 30 بالمائة في عدد المستقبلات D_2، مقارنة بالذين يحملون الأليل A_2. وباعتبار أن جين المستقبلة D_2 يتحكم في إنتاج هذه المستقبلات، تشير هذه النتائج إلى أن الأليل A_1 مسؤول عن انخفاض عدد المستقبلات. وبطريقة غير مفهومة حتى الآن، يؤدي حمل الفرد للأليل A_1، إلى انخفاض تعبير (Expression) الجين D_2، مقارنة بحمل الأليل A_2. وربما أصيب موقع تنظيمي لمستقبلة الجين D_2 بالعطب في حاملي (Carriers) الأليل A_1.

وقد يترجم وجود أعداد أقل من مستقبلات الدوبامين D_2 في أدمغة الحاملين للأليل A_1، في صورة مستويات أدنى للنشاط الدوباميني في أجزاء الدماغ المكتنفة في عملية «المكافأة». وقد لا يحصل حاملو الأليل A_1 على قدر كاف من «المكافأة» بنفس المحفزات التي يجدها حاملي الأليل A_2 كافية. وقد يترجم ذلك بدوره في صورة الاشتهاء المستديم للمواد المخدرة، أو سلوك طلب المحفزات (Stimulus-seeking)، والذي نراه في حاملي الأليل A_1. وبالإضافة إلى ذلك، وعلى اعتبار أن الدوبامين معروف بتقليل الكَرْب (Stress)، فقد يجد الأفراد الحاملين للأليل A_1، صعوبة في تحمل الضغوط الطبيعية للحياة. وكاستجابة منهم للكَرْب أو الاشتهاء، قد يتحول حاملو الأليل A_1 إلى المواد (المخدرة) أو الأنشطة الأخرى التي تتسبب في إطلاق كميات إضافية من الدوبامين ـ في محاولة لكسب استراحة مؤقتة. ويؤدي تناول الكحول، أو الكوكايين، أو القنب الهندي *(Cannabis indica)*، والنيكوتين والكربوهيدرات (مثل الشوكولاتة)، في إطلاق الدوبامين في الدماغ، مما يؤدي لاستراحة مؤقتة من الاشتهاء. ويمكن أن تستعمل هذه المواد بصورة منفردة، أو مقترنة، أو بصورة تبادلية (Interchangeable).

وبرغم اعتقادنا بأن جين المستقبلة D_2 يلعب دورا حيويا في متلازمة نقص المكافأة، فمما لا شك فيه أن هناك جينات أخرى (مثل الجين الناقل للدوبامين) مكتنفة في التظاهرات المختلفة للمتلازمة.

* المعالجة:

في الولايات المتحدة وحدها، هناك 18 مليون مدمن للخمور، و28 مليون طفل من أبناء مدمني الخمور، و6 ملايين مدمن للكوكايين، ومليون شخص آخر يدمن مواد أخرى؛ وهناك 25 مليون مدمن للنيكوتين، و54 مليون تزيد أوزانهم بنسبة 20 بالمائة على الأقل، وهناك ثلاثة ملايين طفل في عمر المدرسة مصابين باضطراب نقص الانتباه أو متلازمة «توريت»، وحوالي 448 ألف مصاب بالمقامرة الاستحواذية. ومن المعتقد حاليا أن التعرف على دور الدوبامين والمستقبلة D_2 في ظهور أنماط الإدمان هذه، وكذلك الاضطرابات الاستحواذية الأخرى، هو الخطوة الأولى نحو المعالجة العقلانية لمشكلة مدمرة في مجتمعنا.

هناك سبب للاعتقاد بأن مقاربة دوائية (Pharmacological Approach) يمكنها أن تساعد المصابين بمتلازمة نقص المكافأة. ومن المغري أن نتفكر في أن الحساسية الدوائية لمدمني الخمور للنواهض الدوبامينية (Dopaminergic Agonists) مثل البروموكريبتين والبيوبروبيون (Pubropion) والـN- بروبيلنور ـ أبومورفين، قد تتحدد ـ ولو جزئيا ـ بفعل النمط الجيني للمستقبلة D_2 في الفرد. ومن المتوقع أن حاملي الأليل A_1 يجب أن يكونوا أكثر تجاوبا ـ من الناحية الدوائية ـ للنواهض D_2، خاصةً في سياق معالجة مدمني الخمور أو المعتمدين على المنبهات (Stimulant-dependent) وقد أثبتت دراسة واحدة على الأقل أن الحقن المكروي (Microinjection) المباشر لناهضة D_2، N- بروبيلنور ـ أبومورفين (N-propylnor-apomorphine)، في النواة المتكئة للجرذان

يشبط بصورة كبيرة من الأعراض التي يعانيها الحيوان بعد انسحاب الأفيونات (Opiates Withdrawal).

وقد أثبتت دراسة حديثة فائدة هذه المقاربة في البشر. تم إعطاء ناهضة المستقبلة D_2، البروموكريبتين، أو علاجا غفلا (Placebo)، لمدمني الخمور الحاملين للأليل A_1 من النمط الجيني A_1/A_1 أو A_1/A_2) أو للحاملين للأليل A_2 وحده (من النمط الجيني A_2/A_2) حدث التحسن الأكبر في تقليل الاشتهاء والقلق، بين حاملي الأليل A_1 الذين تم علاجهم بالبروموكريبتين .

تزودنا هذه الاكتشافات بمبرر مهم لإجراء اختبارات الدنا (DNA)، لاكتشاف الأنماط الجينية المغايرة للمستقبلة D_2، أو غيرها من الأنماط الجينية المغايرة المتعلقة بالدوبامين، وتطبيقها في المعالجة الثالثية (Tertiary Treatment) لإدمان الخمور. وعلى العكس من بعض الاضطرابات المعقدة الأخرى، مثل مرض ألزهايمر (الخَرَف الشيخوخي)، من الممكن أن يؤدي التعرف والمعالجة المبكرين لإدمان الكحول و المخدرات، إلى تعديل السير المدمر لهذه الضروب من الإدمان. ويمكننا التفكر في النجاحات التي حققتها برامج المساعدة الذاتية مثل الكحولي المجهول (Alcoholics Anonymous)، ومدمن المخدرات المجهول (Narcotics Anonymous)، والعلاج الدوائي ـ النفسي المقترن، والتنظيم العصبي (Neuroregulation).

ويتيح التعرف على الأفراد الحاملين للأليل A_1، إمكانية مساعدة أولئك الأشخاص قبل أن يؤثر إدمان الخمور أو إدمان المواد (المخدرة) الأخرى على حياتهم. وستتيح هذه المقاربة فرصة لإيجاد معالجة أفضل، وأنماط جديدة من الوقاية، وإزالة الوصمة الاجتماعية المتعلقة ليس فقط بإدمان الخمور، بل وبسلوكيات «البحث عن المتعة» المتعلقة بها، بما فيها متلازمة نقص المكافأة.

***Bibliography:**

- Alvaksinen, M. N., V Saano, H. Juvonene, A. Huhtikangas and J. Gunther. 1984. Binding of beta-carbolines and tetrahydroisoquinolines by opiate receptors of the d-type. *Acta Pharmacologica et Toxicologica* 55:380-385.
- Benjamin, J., L. Lin, C. Patterson, B. D. Greenberg, D. L. Murphy and D. H. Hamer. 1996. Population and familial association between the D_4 dopamine receptor gene and measures of novelty seeking. *Nature Genetics* 12:81-M
- Berman, S. M., S. C. Whipple, R. J. Fitch and E. P. Noble. 1993. P300 in boys as a predictor of adolescent substance use. *Alcohol 10:69-76.*
- Blum, K. 1989. A commentary on neurotransmitter restoration as a common mode of treatment for alcohol, cocaine and opiate abuse. *Integrative Psychiatry* 6:199-204.
- Blum, K., E. R. Braverman, R. C. Wood, J. Gill, C. Li, T. J. H. Chen, M. Taub, S. T. Montgomery, J. G. Cull and R J. Sheridan. 1996a. Increase prevalence of the Taql allele of the dopamine receptor gene (DRD2) in obesity with comorbid substance use disorder: preliminary findings. *Pharmacogenetics* .
- Blum, K., A.H. Briggs and M. C. Trachtenberg. 1989. Ethanol ingestive behavior as a function of central neurotransmission. *Experientia* 46: 444-452.
- Blum, K., and G. R Kozlowski. 1990. Ethanol and neuromodulator interactions: a cascade model of reward. *Progress in Alcohol Research* 2:131-149.
- Blum, K., and E. P. Noble. 1994. The sobering D_2 story. *Science*

265:1346-1347.

- Blum, K., and Trachtenberg, M.C. 1988. Neurogenie deficits caused by alcoholism: restoration by SAAVETM. *Journal of Psychoactive Drugs;* 20:297-312.

Further references are available from ACML on request.

التعاون بين المركز وبين منظمة الصحة العالمية

منظمة الصحة العالمية وكالة متخصصة من وكالات الأمم المتحدة تضطلع بالمسؤوليات الرئيسية بالنسبة للأمور الصحية الدولية والصحة العالمية.

ومن خلال هذه المنظمة التي أنشئت عام 1984، تتبادل المهن الصحية في أكثر من 190 بلدا معارفها وخبراتها لكي يبلغ جميع مواطني العالم بحلول سنة 2000 مستوى من الصحة يسمح لهم بأن يعيشوا حياة منتجة اجتماعيا واقصاديا.

وهدف منظمة الصحة العالمية، وفقا لما ينص عليه دستورها، هو أن تبلغ جميع الشعوب أرفع مستوى صحي ممكن. ومن أجل تحقيق هذا الهدف، تعمل المنظمة كسلطة التوجيه والتنسيق في ميدان العمل الصحي الدولي.

وتتعاون المنظمة مباشرة مع دولها الأعضاء، وتشجع قيام التعاون بين هذه الدول في تعزيز الخدمات الصحية الشاملة، والوقاية من الأمراض ومكافحتها، وتحسين الأحوال البيئية، وتنمية القوى العاملة الصحية، وتنسيق وتطوير البحوث الطبية الحيوية وبحوث الخدمات الصحية، وتخطيط وتنفيذ البرامج الصحية.

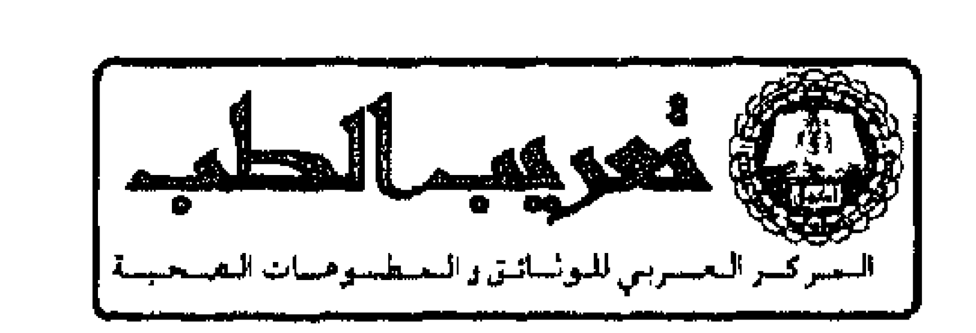
ويرتبط المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية بعلاقات تعاون وطيدة مع المكتب الإقليمي لشرق المتوسط لمنظمة الصحة العالمية بالإسكندرية، وذلك في مجال النشر الطبي المشترك وتبادل المعلومات والخبرات الطبية؛ ومن خلال مشروع الكتب المشتركة بين المنظمتين، تم إصدار عدد من الكتب الطبية التي تهم طالب الطب والطبيب الممارس على حد سواء.

وتشمل الكتب المشتركة بين المؤسستين مايلي:

1 - القانون وعلاج الأشخاص المعولين على المخدرات والمسكرات.
2 - دليل طريقة التصوير الشعاعي.
3 - دليل الممارس العام لقراءة الصور الشعاعية.
4 - التسمية الدولية للأمراض.
5 - الطب التقليدي والرعاية الصحية .
6 - الأدوية النفسانية التأثير.
8 - التعليم الصحي المستمر.
8 - أدوية الأطفال .
9 - تقنية المعلومات الصحية.
10- تدريس الإحصاء الصحي.
11- التشريح السريري لطلبة الطب.

وبالإضافة إلى ذلك، فهناك عدد من الكتب الأخرى المشتركة بين المنظمتين، والتي ستصدر تباعا بمشيئة الله.

وتدعيما لأوجه التعاون في مجال الدوريات الطبية، فقد تم الاتفاق في يوليو 1998 بين المركز وبين المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، على التعاون بين مجلتي «تعريب الطب» التي يصدرها المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية، و«المجلة الصحية لشرق المتوسط»، والتي تصدر عن المكتب الإقليمي لشرق المتوسط - منظمة الصحة العالمية، وذلك في سبيل نشر المعرفة الطبية وتعميم الفائدة لقراء المجلتين.



المجلد 2 ، العدد 3
نوفـمبـر 1998

التقييـم السـريـري لأمـراض الكبـد

ترجمة: د. عبدالرزاق السباعي*

القـدوم (Presentation):

قد يقْدم المصابون بمرض كبدي بإحدى ثلاث حالات:

1- موجودة عرضية (Casual Finding).

2- أعراض لانوعية.

3- أعراض وعلامات توحي بمرض كبدي حاد أو مزمن.

*** الموجـودة العرضيـة:**

قد يتجلى المرض الكبدي بموجودة عرضية نتيجة لما يلي:

* وجود كبد متضخمة (مع ضخامة طحالية أو دونها).

* ارتفاع حجم الكرية الوسطي (MCV).

* شذوذ اختبارات وظيفة الكبد.

* وجود أضداد ذاتية في شاكلة (Profile) الضد الذاتي.

يجب الاشتباه بمعاقرة الكحول في الأشخاص الذين لديهم ارتفاع MCV لأنها أكثر شيوعاً بكثير من فقر الدم الوبيل (Malignant Anemia).

إن وجود فرط شحميات الدم وفرط ضغط الدم وارتفاع MCV في شاكلة التقصي (التحري) لشخص سليم لهو مشخص عملياً لمعاقرة الكحول.

توحي إيجابية اختبار الضد المضاد للمتقدر في امرأة بوجود التشمع الصفراوي الأولي (1ry Biliary Cirrhosis) - حتى دون وجود علامات أو أعراض المرض الكبدي.

قد تكون الشذوذات الخفيفة الثابتة في اختبارات وظيفة الكبد نتيجة لالتهاب الكبد البائي أو السائي (Hepatitis B or C) المزمن اللاأعراضي أو الصباغ الدموي (Hemochromatosis) (عند الرجال عادة).

*** الأعراض اللانوعية:**

قد يُحْدِث المرض الكبدي الحاد دعثاً (Malaise) وقهماً (Anorexia) وحمى (وغثياناً ونوافض [Rigors] أيضاً). يعاني معظم المصابين بمرض كبدي مزمن من أعراض لانوعية مثل النوام (Lethargy) أو الدعث أو الآلام البطنية المبهمة أو فقد الشهية.

قد يتجلى الفشل الكبدي الخاطف (Fulminant) - وبشكل مبدئي - بتخليط (Confusion) وسبات نتيجة الاعتلال الدماغي مع/أو دون نقص سكر الدم أو النزف العفوي، أو اضطراب الكهارل (Electrolytes) ودون يرقان.

عادة مايكون السبب فيروسياً في الأصل أو نتيجة جرعة مفرطة من الباراسيتامول.

---

* *اختصاصي الأمراض الباطنية - وزارة الصحة - دولة الكويت .*

* الأعراض النوعية:

قد تكون الأعراض النوعية نتيجة لما يلي:

* الفشل الكبدي الخلوي: اليرقان والاعتلال الدماغي البابي المجموعي (Systemic Portal Encephalopathy).
* الانسداد خارج الكبدي: اليرقان والحكة (Itching).
* فرط ضغط الدم البابي: الحبن [الاستسقاء] (Ascites) أو الدوالي النازفة (Bleeding Varices).

* السوابق المرضية:

السوابق المرضية السريرية مهمة عند المريض الذي يَقْدم بأعراض وعلامات مرض كبدي أو بشذوذ اختبارات وظيفة الكبد، وذلك لوضع التشخيص والتدبير الصحيحين.

يبين الشكل (1) قائمة بأسئلة التحقيق (Check-list) التي يجب أن تُسأل للمريض.

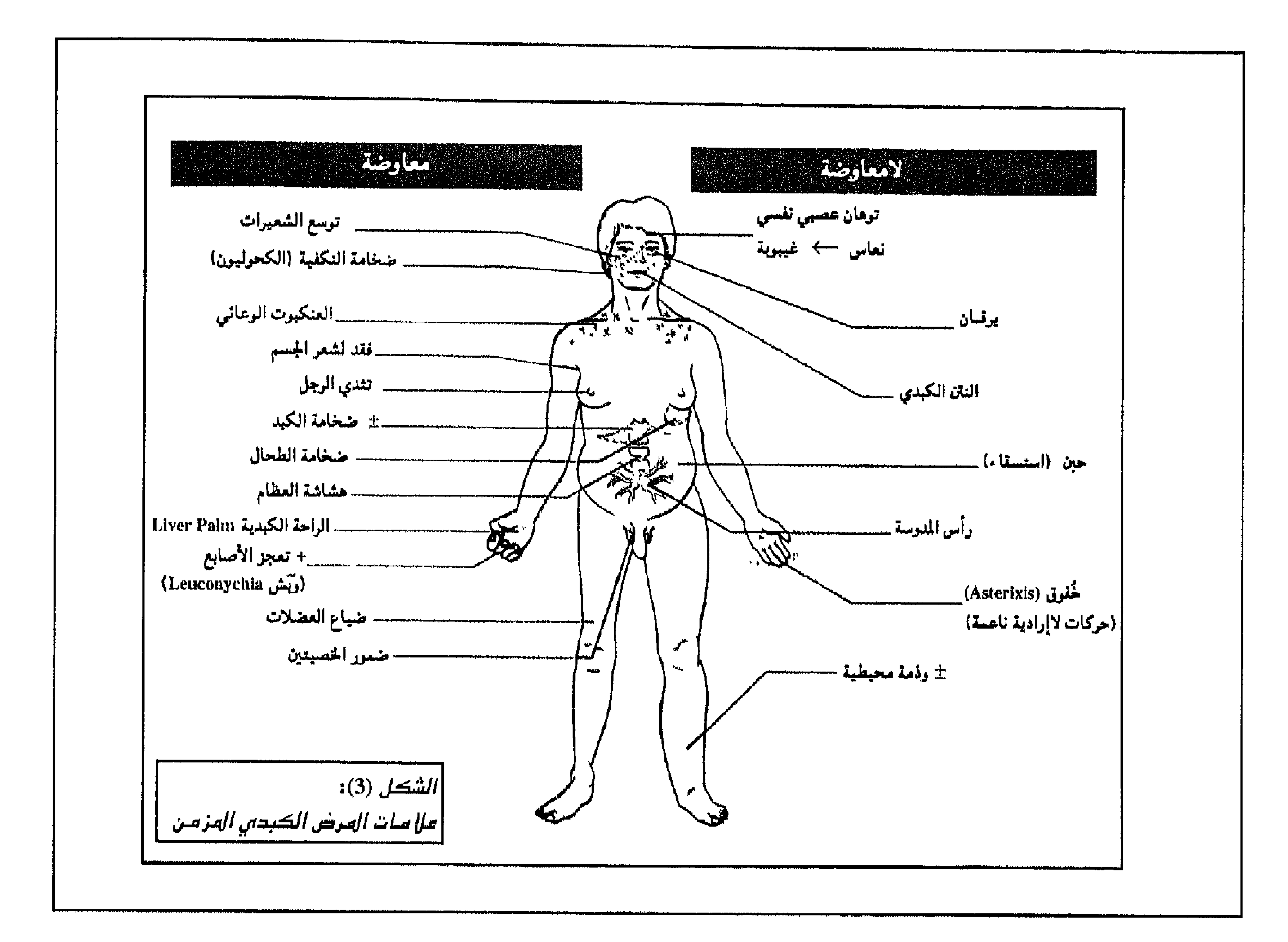
شكل (1) : الأسئلة التي تسأل للمريض الذي يشك بإصابته بمرض كبدي

مجال الاستعلام	الأهمية المحتملة
* السيرة العائلية	ـ مرض دموي ـ المخالطون في العائلة الذين أصيبوا بيرقان ـ أمراض كبدية وراثية أخرى (مثل الصباغ الدموي) ـ التهاب الكبد البائي المرافق للأمراض الكبدية
* بلد المنشأ/الولادة	ـ احتمال التماس مع التهاب الكبد البائي
* المهنة	ـ التعرض للكحول ـ التعرض لعوامل مؤذية أخرى (مثل العدوى عند العاملين الطبين والطبابيين (Paramedical)
* نقل الدم/الحقن	ـ التهاب الكبد البائي، التهاب الكبد اللابائي واللاسائي والتهاب الكبد السائي الزرقي (Parenteral) ـ عداوى أخرى
* المخالطون/التعرض ل	ـ التهاب الكبد الفيروسي ـ عداوى أخرى
* عمليات حديثة	ـ يرقان بعد العملية
* استهلاك الكحول	ـ المرض الكبدي الكحولي
* قصة سفر (حتى 30 سنة ماضية)	ـ عداوى مدارية (مثل الداء المداري، التهاب الكبد البائي، الورم الكبدي، داء البلهارسيات)
* التوجه الجنسي	ـ عداوى أخرى ـ أمراض تترافق مع اللواط (الجذاب لعامل الذكر)
* الأدوية	ـ الداء الكبدي المحدث بالأدوية

شكل (2) : أعراض مفيدة في التشخيص التفريقي للمصابين بمرض كبدي

العَرَض	الأهمية
* ألم في الجزء العلوي الأيمن من البطن	ـ الشك بحصيات المرارة إذا كان الألم مغصياً (Colicky) ـ قد يوجد «الوجع» الأكثر استمرارية في الكثير من العداوى والالتهابات الكبدية
* قهم، بول أسود، حمى، يرقان سابق	ـ التهاب الكبد الفيروسي محتمل ـ المرض الكبدي الكحولي ممكن
* نوافض (Rigors)، تعرق، حمى «التهاب الأوعية الصفراوية Cholangitis»	ـ حصيات المرارة محتملة إذا كان المغص موجوداً ـ العدوى الفيروسية أو الجرثومية أكثر احتمالاً إذا كان المغص غير موجود المرضى المجموعي مهم أحياناً
* قهم صباحي، وغثيان وتَهَوُّع (Retching)	ـ الشك بالمرض الكبدي الكحولي إذا استمرت الأعراض طويلاً
* نقص الوزن	ـ قد يحدث في كل المصابين بمرض كبدي حاد ـ إذا كان مستمراً: يشك بخباثة أوسوء الامتصاص مع الركود الصفراوي
* الحكة (Itching)	ـ أكثر شيوعاً في الركود الصفراوي لكن قد تحدث في كل الأمراض الكبدية
* جفاف الفم والعينين	ـ متلازمة «سوجرن»[Sjögren's] المترافقة مع التشمع الصفراوي الأولي

ذكرت الأعراض التي تفيد في التشخيص التفريقي، خاصة، في الشكل (2). نمط الشذوذات البيوكيميائية (Biochemical) (كبدية، ركودية صفراوية، ملتبسة) مهم،خاصة، إذا كانت واضحة. لكن قد تكون السوابق المرضية السريرية والأعراض أكثر أهمية، فعلى سبيل المثال: إن شخصاً يعاني من شذوذات وظيفة الكبد من النوع الركودي (Static) قد يكون ـ وببساطة ـ مصاباً بالتهاب الكبد الفيروسي إذا كانت السوابق المرضية توحي بذلك (بالإضافة للاستقصاءات الداعمة).



الشكل (3):
علامات المرض الكبدي المزمن

*** الفحص:**

ـ الملامح العامة:

يجب البـحث عن أي دليل على المرض الكبـدي المزمن مثـل: وحمة وعائية (عنكبوت وعائية Spider Nevi)، الجلد الشـبـيـه بأوراق النقـد (شـبكة من الأوردة الدقـيـقـة)، الأظفـارالبـيض الناتجـة عن سـوء التـغـذية والوذمـة المحـيطة (تشيـر إلى فـرط ضـغط الدم البـابي أو نقص بروتين الدم) (الشكل 3).

إضـافة إلى ذلك، يجب ملاحظة فيـما إذا كـان المريض يبـدو بصحـة جيـدة رغم اليـرقـان، حيث أن هذه التـوليـفة (التـشـارك) غـالبـاً مـاتكون ملمـحـاً من مـرحلة الشـفـاء من التهاب الكبد.

ـ يجب فحص الجلد بعناية:

ـ قـــد تـشـــيـــر الحكة إلى قلة الصـــفـــيـــحـــات (Thrombocytopenia) (فرط نـشاط الطحال أو الأضداد المضادة للصفيحات) أو اضطراب التخثر.

ـ قـد تـعـكس وَسَـمـة (عـلامـات) الخـدش (Scratch mark) وجودَ الحكة الناتجة عن الركود الصفراوي.

ـ يحدث التصبغ الرمادي على الجذع في التشمع الصفراوي الأولي، وعلى الطيات الجلدية في الصباغ الدموي.

ـ قد يحدث طفح عَدِّي الشكل بالتهاب الأوعية في التهاب الكبد الڤيروسي الحاد وفي التهاب الكبد المزمن النشيط بالمناعة الذاتية (Autoimmume Chronic Active).

ـ قـد تشيـر اللويحة الصـفـراء (Xanthelasma) إلى ركود

صفراوي طويل المدة، وعادة ماتشير إلى التشمع الصفراوي الأولي عند وجودها في المرفقين والراحتين.

- قد تكون طفوح أخرى مهمة (مثل رد الفعل الدوائي، تظاهرات جلدية لأمراض مجموعية).

- البطن:

- يجب أن يلاحظ حجم (Size) الكبد، وحياطه (Outline)، واتساقه (Consistensy). قد يشير الكبد المُعَقّد الكبير إلى عقيدات التشمع أو خباثة منتشرة، وقد يشير اللغط (Bruit) إلى ورم كبدي خلوي أولي أو التهاب الكبد الكحولي. كما يجب ملاحظة قد الطحال (Spleen) ووجود أي كتل أخرى.
- ويجب أن يقيم أي حبن بعناية (يشير الفتق السري عادة إلى حبن طويل المدة).
- ويجب إجراء فحص مستقيمي (Rectal Exam).
- توحي المرارة المجسوسة الإيلامية (Tender) إلى التهاب المرارة. بينما تشير المرارة المتضخمة غير المتلامة إلى انسداد في أسفل القناة المرارية (ورم بنكرياسي مثلاً).

- الملامح الكحولية:

وتشمل: ضخامة النكفية (Parotid Enlargement)، ضياع شعر الجسم، تقفع دوبيوتيران (Dupuytren's Contracture) (المترافق مع الكحولية أكثر من التشمع)، تثدي الرجل (Gynecomastia)، خصيتين طريتين، والرعاش الرقيق (Fine tremors).

غالباً مايشاهد ضياع العضلات في الذراعين والساقين مع ضخامة البطن في الحلات المتقدمة من المرض الكبدي الكحولي. قد يشير التقييم المنهجي للوظيفة العقلية إلى مدى الأذية الدماغية الناجمة عن الكحول، وذلك في المرضى الذين يشك بإصابتهم بالمرض الكبدي الكحولي، علماً بأن كثيراً من هؤلاء المرضى يعانون من اعتلال عضل القلب (Cardiomyopathy) الكحولي الخفي.

* الاعتلال الدماغي الكبدي:

تتضمن الملامح السريرية: الرعاش الخافق (Flapping Tremor)، النتن الكبدي (Fetor Hepaticus)، تراجع الوظيفة الاستعرافية (Cognitive)، ومستويات متبدلة من الوعي.

يجب أن تميز هذه الملامح عن الاستثارية (Excitability)، والرعاش (Tremulouseness)، واحتمال وجود الهلاوس (Hallucinations) في بداية الهذيان الارتعاشي (Delirium tremens). تؤمن تجربة ريتان (Reitan's) (اختبار الاتصال العددي) وسيلة بسيطة لتقييم وخامة وترقي الاعتلال الدماغي جانب السرير.

- أسباب اليرقان:

يعاني معظم المرضى (في المملكة المتحدة) بعمر من 15-20 سنة والذين يَقْدمون بيرقان، من التهاب الكبد الڤيروسي الحاد، بينما يعاني الباقون من التهاب الكبد المزمن النشيط بالمناعة الذاتية، أو متلازمة «جلبيرت» أو انحلال الدم أو عقابيل التهاب الكبد الوليدي (Neonatal Hepatitis).

أما بعمر من 40-50 سنة فإن أكثر من 50٪ من حالات المرض الكبدي لها علاقة بالكحول، في حين يعاني 50-80٪ من المرضى فوق 70 سنة، المدخلين إلى المستشفى لإصابتهم باليرقان، من انسداد صفراوي خارج الكبد.

* اليرقان قبل الكبدي:

- فقر الدم الانحلالي (Hemolytic Anemia):

دونت الأنماط الرئيسية من فقر الدم الانحلالي في الشكل (4):

تحدث ضخامة طحالية في معظم المصابين بفقر الدم الإنحلالي (Hemolytic Anemia)، كما أن كثرة الكريات الشبكية موجودة دائماً وبشكل واضح. ويمكن إثبات نقص بقيا كريات الدم الحمراء باستعمال كريات الدم الحمراء الموسومة بالكروميوم 51.

الشكل (4) : فقر الدم الانحلالي (*Hemolytic Anemia*)

الآلية	أمثلة
* شذوذ غشاء كريات الدم الحمراء	ـ كثرة الكريات الكروية الوراثي ـ أدوية مثل: السلفوناميدات مركبات السلفونيل يوريا (متواسطة بالمستضد المناعي) ألفاميثيل دوبا ـ ليفودوبا ـ مناعة أولية
* صلابة غشاء كريات الدم الحمراء	ـ فقر الدم المنجلي الخلايا ـ الثلاسيميا
* رضح كريات الدم الحمراء	ـ فقر الدم الانحلالي قلبي المنشأ (المرضى الذين لديهم صمامات بديلة مثلاً) انحلال الدم الناجم عن اعتلال الأوعية الدقيقة

ـ الأسباب الأخرى لفرط بيليروبين الدم:

أكثر أسباب بيليروبين الدم شيوعاً ـ وذلك بغياب أي دليل آخر سواء سريرياً أو بيوكيميائياً على المرض الكبدي ـ هي متلازمة جلبيرت (Gilbert's syndrome)، وفرط بيليروبين الدم اللامقترن الحميد (Benign Unconjugated Hyperbilirubinemia) الناتج عن عوز الجليكورونيل.

تصيب المتلازمة حتى 5٪ من الأشخاص في أوروبا، وهي أكثر شيوعاً عند الرجال.

تتجلى المتلازمة في رجل يافع غالباً حيث يوجه مرضٌ عارض (مثل الإنفلونزا، التهاب معدي معوي) الطبيب للشك بالتهاب الكبد. على كل، تكون اختبارات وظيفة الكبد سوية عدا ارتفاع مستوى البيلروبين.

(يرفع الصيام مستوى البيليروبين أكثر في متلازمة جلبيرت، لذلك غالباً مايكون المستوى المصلي أعلى خلال مرض عابر).

يتمتع المرضى بمأمول (Expectancy) حياة سوي، لكن غالباً مايعانون من انزعاج فوق الكبد لم يعرف سببه بعد.

ـ اليرقان الكبدي الخلوي (Hepatocellular Jaundice):

تختلف الملامح السريرية لليرقان الكبدي الخلوي تبعاً للسببيات. يوجز الشكل (5) الخطوات التشخيصية المساعدة في التفريق بين أسباب المرض الكبدي.

ـ اليرقان الركودي/بعد الكبدي:

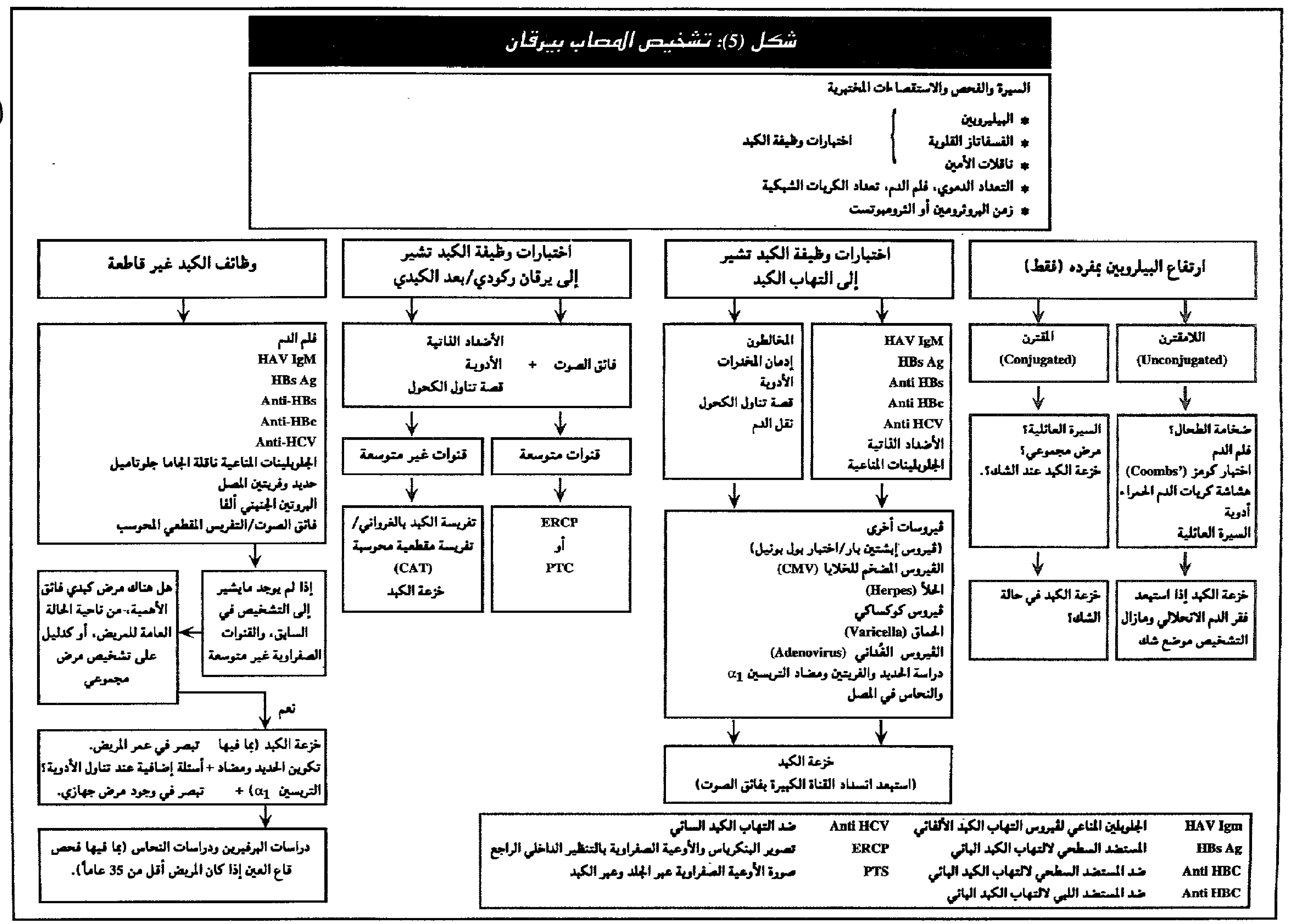
قد يتأثر إفراغ البيليروبين في المرض الكبدي المتني الركودي مع أذية القنيات (Canaliculi) الصفراوية أو القنيات (Ductules) والقنوات (Ducts) داخل الكبد أو المسندة ميكانيكياً في أي مستوى ابتداء من القنوات الصفراوية داخل الكبد إلى الأمبولة (Ampulla).

* التشخيص

ـ المرض الكبدي الأولي:

من السهل، نسبياً، تشخيص المرض الكبدي الأولي حالياً بالاعتماد على سيرة دقيقة وفحص دقيق، واختبارات وظيفة الكبد وطرق التصوير المتخصصة (شكل 5). من المهم أيضاً أخذ عمر المريض ومكان تواجده بعين الاعتبار، ففي نيويورك، على سبيل المثال، يشيع التهاب الكبد البائي المزمن والعداوي الفيروسية الانتهازية بين الرجال اليافعين، بينما يكون التهاب الكبد اللاألفائي واللابائي واللاسائي أكثر شيوعاً في الريف الهندي.

في المملكة المتحدة: تشكل حصيات المرارة والتشمع الصفراوي الأولي أسباب اليرقان الانسدادي (الركودي)، أما في الصين فغالباً ماتشاهد الحصيات داخل الكبد مع خراجات أو انسداد القناة الصفراوية بالديدان المثقوبة لمتفرع الخصية (Flukes of clonorchis).


شكل (5): تشخيص المصاب بيرقان
السيرة والفحص والاستقصاءات المختبرية
* البيليروبين
* الفسفاتاز القلوية
* ناقلات الأمين
اختبارات وظيفة الكبد
* التعداد الدموي، فلم الدم، تعداد الكريات الشبكية
* زمن البروثرومبين أو الثرومبوتست
ارتفاع البيليروبين بمفرده (فقط)
اللامقترن (Unconjugated)
المقترن (Conjugated)
ضخامة الطحال؟
فلم الدم
اختبار كومز (Coombs')
هشاشة كريات الدم الحمراء
أدوية
السيرة العائلية
السيرة العائلية؟
مرض مجموعي؟
خزعة الكبد عند الشك؟
خزعة الكبد إذا استبعد فقر الدم الانحلالي ومازال التشخيص موضع شك
خزعة الكبد في حالة الشك؟
اختبارات وظيفة الكبد تشير إلى التهاب الكبد
HAV IgM
HBs Ag
Anti HBs
Anti HBc
Anti HCV
الأضداد الذاتية
الجلوبلينات المناعية
المخالطون
إدمان المخدرات
الأدوية
قصة تناول الكحول
نقل الدم
فيروسات أخرى
(فيروس إبشتين بار/اختبار بول بونيل)
الفيروس المضخم للخلايا (CMV)
الحلأ (Herpes)
فيروس كوكساكي
الحماق (Varicella)
الفيروس الغُداني (Adenovirus)
دراسة الحديد والفريتين ومضاد التربسين α1
والنحاس في المصل
خزعة الكبد
(استبعد انسداد القناة الكبيرة بفائق الصوت)
اختبارات وظيفة الكبد تشير إلى يرقان ركودي/بعد الكبدي
الأضداد الذاتية
الأدوية
قصة تناول الكحول
+ فائق الصوت
قنوات غير متوسعة
قنوات متوسعة
تفريسة الكبد بالغرواني/
تفريسة مقطعية محوسبة
(CAT)
خزعة الكبد
ERCP
أو
PTC
وظائف الكبد غير قاطعة
فلم الدم
HAV IgM
HBs Ag
Anti-HBs
Anti-HBc
Anti-HCV
الجلوبلينات المناعية ناقلة الجاما جلوتاميل
حديد وفريتين المصل
البروتين الجنيني ألفا
فائق الصوت/التفريس المقطعي المحوسب
إذا لم يوجد مايشير إلى التشخيص في السابق، والقنوات الصفراوية غير متوسعة
هل هناك مرض كبدي فائق الأهمية، من ناحية الحالة العامة للمريض، أو كدليل على تشخيص مرض مجموعي
نعم
خزعة الكبد (بما فيها تكوين الحديد ومضاد التربسين α1) +
تبصر في عمر المريض.
+ أسئلة إضافية عند تناول الأدوية؟
تبصر في وجود مرض جهازي.
دراسات البرفيرين ودراسات النحاس (بما فيها فحص قاع العين إذا كان المريض أقل من 35 عاماً).
HAV Igm الجلوبلين المناعي لفيروس التهاب الكبد الألفائي
HBs Ag المستضد السطحي لالتهاب الكبد البائي
Anti HBC ضد المستضد السطحي لالتهاب الكبد البائي
Anti HBC ضد المستضد اللبي لالتهاب الكبد البائي
Anti HCV ضد التهاب الكبد السائي
ERCP تصوير البنكرياس والأوعية الصفراوية بالتنظير الداخلي الراجع
PTS صورة الأوعية الصفراوية عبر الجلد وعبر الكبد

أما في استراليا فالصباغ الدموي هو ثاني أكثر الأسباب شيوعاً للمرض الكبدي المزمن عند الرجال بعد معاقرة الكحول.

*** المرض الكبدي الثانوي:**

ـ فشل القلب (Heart Failure):

تختلف الشذوذات المشاهدة في فشل القلب بشكل كبير جداً. وعادة مايوجد ارتفاع معتدل في البيليروبين والفسفاتاز القلوية وأحياناً قد يحدث ارتفاع ملحوظ جداً في ناقلة الأمين في حالات الفشل الدوراني الحاد ـ مما يشير إلى بعض النخر (Necrosis) الكبدي الخلوي.

ـ العداوي (Infections):

اكتناف (إصابة) (Involvement) الكبد في العدوى المجموعية ذات أهمية سريرية قليلة في الكثير من المرضى، لكن في بعض الحالات قد تتجلى عدوى ما ـ وبشكل لانمطي ـ بأعراض وعلامات كبدية واضحة وشذوذات في اختبارات الدم.

قد تؤدي عدوى قيحية إلى الفشل الكبدي الخاطف بشكل نادر جداً. يجب أخذ العداوى المجموعية ـ إضافة لالتهاب الكبد الفيروسي ـ بعين الاعتبار عند المرضى الذين يعانون من حمى وكثرة البيض (Leukocytosis) وشذوذ اختبارات وظيفة الكبد.

إذا وجد شك بخراج قيحي أو خراج أميبي أو كيسة عدارية (Hydatid cyst) فيجب إجراء تفرس بفائق الصوت واختبارات مصولية قبل إجراء الخزعة أو الرشف. تترافق الشذوذات الكبدية عند مرضى الإيدز مع عداوى انتهازية خطيرة (Opportunistic Infections).

ـ الإنتان الدموي (Septicemia):

قد يحدث فرط بيليروبين الدم أحياناً في المرضى المسنين المصابين بعدوى في السبيل البولي أو الالتهاب الرئوي، كما أنه كثيراً مايلاحظ ارتفاع عابر في الفسفاتاز القلوية المصلية (Serum AP). من المحتمل أن تكون هذه الشذوذات من النوع المتواسط بالسيتوكينات (Cytokine-mediated).

ـ الساركوئيد (الغرناوية) Sarcoidosis:

قد يتضخم الكبد قليلاً، وقد تعكس الخزعة وجود ورم حبيبي. اكتناف الكبد في مثل هذه الحالات ليست بذات أهمية عادة. قد نجد أحياناً قدوماً كبدياً مترقياً وأكثر وضوحاً.

ـ اضطرابات النسيج الضام:

المرض الكبدي قليل الأهمية في كل الصور السريرية لاضطرابات النسيج الضام. ليست الشذوذات الحقيقية في وظيفة الكبد بنادرة وقد توجد أورام حبيبية كبدية، وقد يترافق التشمع الصفراوي الأولي مع التهاب المفصل الروماتويدي (Rheumatoid Arthritis) والتصلب المجموعي (Systemic Sclerosis).

ـ مرض الأمعاء الالتهابي:

قد نجد عند أكثر من 30٪ من المصابين بالتهاب القولون التقرحي شذوذات خفيفة في وظيفة الكبد.

ويجب الشك بالتهاب الأوعية المصلب فقط إذا كانت الشذوذات مترقية أو واضحة الشذوذ.

كما يلاحظ التهاب الأوعية المصلّب في داء «كرون» (Crohn's disease)، لكن الحصيات الصفراوية شائعة أيضاً. قد يترافق التهاب المستقيم بالمتدثرة بكبد مثلام (إيلامي:Tender) وشذوذات خفيفة لانوعية في وظيفة الكبد نتيجة التهاب ما حول الكبد والالتهاب في محفظة الكبد (Liver Capsule).

ـ الاضطرابات الاستقلابية والتغذوية:

مازال الترافق بين الداء السكري والمرض الكبدي موضع جدل. يحدث أحياناً تضخم الكبد، شذوذ خفيف في وظيفة الكبد، ارتشاح دهني (Fatty Infiltration) في خزعة الكبد لدى المرضى المصابين بسكري غير مضبوط جيداً. من المحتمل أن يكون التشمع الخفي المنشأ أكثر شيوعاً عند السكريين. قد يؤدي كل من التغذية بالحقن والمجازة الصائمية اللفائفية (Jugeno-ileal Bypass) إلى يرقان ركودي (Cholestatic) مع مستقبلية سيئة.

ـ الأمراض اللمفية الشبيكية (Lymphoreticular Tumors):

المرض الكبدي قليل الأهمية في التدبير العام لابيضاض الدم (Leukemia)، والاضطرابات النقوية الثانوية (2ry Myeloid Disorders) والأورام اللمفية، رغم كثرة حدوث ضخامة كبدية طحالية في هذه الأمراض.

قد تحدث عداوى كبدية انتهازية بعد المعالجة الدوائية للأورام اللمفية الشبكية (Lympho-reticular).

الورم اللمفي الخفي سبب شائع للحمى المجهولة السبب (PUO) غير المفسرة. قد تؤمن خزعة الكبد (Liver Biopsy) دليلاً نسيجياً على وجود ورم لمفي عند المرضى المصابين بحمى أُجْرِيَت لها الاستقصاءات مع شذوذات لانوعية في وظيفة الكبد.

ـ اليرقان بعد العملية:

يواجه تشخيص وتدبير المرضى الذين يقدمون بيرقان ـ إما بعد العملية مباشرة أو بعد فترة طويلة منها- تحدياً صعباً. ويظهر الشكل (6) التشخيص التفريقي. قد يؤدي نقص التأكسج المترافق مع الصدمة في مريض شديد الاعتلال أو في مريض مصاب بمرض قلبي أو صدري، أحياناً، إلى شذوذات خفيفة عابرة في وظيفة الكبد، أما نقص التأكسج (Hypoxia) الأشد وخامة فقد يؤدي إلى نخر كبدي مركزي (Central Liver Necrosis) وشذوذات أكثر وضوحاً في وظيفة الكبد.

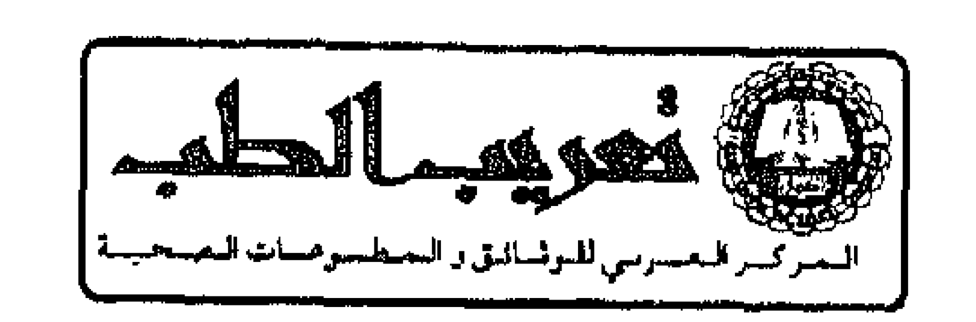
شكل (6) : التشخيص التفريقي لليرقان بعد العملية

- ـ نقص ضغط الدم/فشل القلب ـ انصمام رئوي ـ مرض صدري ـ نقص التأكسج
- ـ التهاب الكبد بعد نقل الدم(1)
- ـ التهاب الكبد الفيروسي المتزامن(2)
- ـ أدوية (بما فيها المبنجات Anesthetics)
- ـ المرض الكبدي المزمن المُكْتَشَف
- ـ مرض السبيل الصفراوي المكتشف
- ـ التهاب المرارة الحاد اللاحصوي (Acute Non-Calcular Cholecystitis)
- ـ الحمل بعد نقل الدم/انحلال الدم
- ـ تالي «لمضخة» المجازة القلبية الرئوية
- ـ ركود صفراوي تالي لجراحة كبرى على البطن
- ـ الإنتان (التهاب رئوي، عدوى السبيل البولي)

(1) يحدث التهاب الكبد اللاألفائي اللاباني في 2٪ تقريباً من المرضى في أوروبا

(2) يحدث في 0.05-0.15٪ من المرضى





المجلد 2 ، العدد 3
نوفمبر 1998

خزعة الكبد
Liver Biopsy

ترجمة: د. ندى السباعي*

مضى على طريقة خزعة الكبد عبر الجلد أكثر من 100 عام، ومضى على استخدامها السريري المنتظم أكثر من 40 عاماً، ورغم ازدياد عدد الإجراءات البديلة ـ خاصة طرق التصوير اللاباضعة (Non-invasive) المستخدمة لاستقصاء المرض الكبدي ـ فإن خزعة الكبد تبقى حجر الزاوية في التشخيص، حيث لم تظهر أية علامة على تناقص أهميتها. ولكن هناك إدراك متزايد للاختطار الكامن لخزعة الكبد، وهذا ما دفع للاهتمام حديثاً بطرق جديدة ومعدلة.

الاستطبابات (Indications):

ـ **تقييم المرض الكبدي المزمن:** قد تكون خزعة الكبد مفيدة في تأكيد وخامة (Severity) المرض الكبدي المزمن، مثلاً: تحديد فيما إذا كان التشمع (Cirrhosis) موجوداً من عدمه ـ وتقييم درجة فعالية المرض كما في التهاب الكبد المزمن النشيط (Chronic Active Hepatitis) على سبيل المثال، كما أنها مفيدة في تحديد سبب المرض، حيث تمكن ملونات الحديد (Stains for Iron) والتهاب الكبد البائي ومضاد التربسين $\alpha 1$ أن توطد سببيات التشمع.

ـ **استقصاء خلل الوظيفة الكبدية الحاد:** ليست هناك حاجة لخزعة الكبد عادة إذا كانت الحالة محدودة ذاتياً (Self-limiting) بشكل أكيد (إلتهاب الكبد الألفائي على سبيل المثال) لكنها قد تكون مفيدة إذا كان التشخيص موضع شك (مثلاً الشك برد فعل دوائي) أو كان سير المرض أو وخامته غير عادية.

ـ **الخزعة الموجهة للآفات الموضعية:** عادة ماتثير الآفات الموضعية الشك بوجود أورام أولية أو ثانوية في الكبد، لذلك تجرى الخزعة تحت مراقبة فائق الصوت أو التصوير المقطعي المحوسب (CT-Scanning). كما يجب الأخذ بعين الاعتبار إمكانية أن تكون الآفات أوراماً وعائية (Angiomas) أو كيسات عدارية (Hydatid cysts)، حيث إنه من غير الحكمة أخذ خزعات منها.

* وزارة الصحة ـ سوريا .

- **استقصاء مرض مجموعي:** قد تؤكد خزعة الكبد تشخيصاً ما في حالات صعبة، مثل الساركوئيد (الغرناوية)، الداء النشواني (Amyloidosis)، اللمفومات، التدرن (TB). وقد يكون من المهم القيام بإجراءات تلوينية نوعية بما فيها الكيمياء النسجية المناعية (Immuno-histo-chemistry) والزرع.

- **تقييم الطعم الكبدي:** من الضروري معرفة نسجيات الكبد الخاصة بالمستقبل المحتمل للطعم بشكل جيد. إضافة لذلك فقد أصبح أخذ خزعات متتالية من الكبد المضاف (Grafted) وسائل مهمة لتحديد الرفض المبكر أو المضاعفات الأخرى.

موانع الإجراء (Contraindication):

ليس هناك مانع مطلق للحصول على عينة من الكبد بواحدة من الطرق المتوفرة، لكنه يجب في كل حالة تقييم نسبة الاختطار/الفائدة.

- الاعتبارات الخاصة هي:

* حالات الاعتلال الخثري (Coagulopathy) حيث يزداد اختطار النزف.

* عدم القدرة على المشاركة بالمناورات (Manuevers) التنفسية المطلوبة لإجراء الخزعة عبر الجلد (كنتيجة للتخلف العقلي، الوعي المضطرب، المرض التنفسي مثلاً).

* وجود كمية كبيرة من الحبن (الاستسقاء: Ascites).

* الشك بانسداد خارج الكبد (نادراً مايحدث التهاب الصفاق الصفراوي، شريطة ألا تكون المرارة مثقوبة، لكن استعمال التصوير اللاباضع (Non-invasive Imaging) المشرك بتصوير الأقنية الصفراوية (Cholangiography) المباشر عبر الجلد أو الراجع (Retrograde) يعني أن خزعة الكبد ليست مطلوبة عادة في هذه الحالة.

شكل (1) : اختيار طريقة خزعة الكبد

نمط الخزعة	المعيارية	بسدادة	عبر الوداجي	أثناء تنظير جوف البطن
السهولة/الملاءمة	+	±	-	-
حجم الخزعات	+	+	-	+
الخزعات المتعددة	-	-	+	+
الاعتلال الخثري المعتدل	-	+	+	+
الاعتلال الخثري الوخيم	-	±	+	±
حبن	-	-	+	+
تعاون ضئيل	-	-	+	+

يظهر الشكل 1 تطبيق الطرق المختلفة لخزعة الكبد في المرضى ذوي الاختطار العالي.

طرق إجراء خزعة الكبد:

هناك أربع مقاربات (Approaches) للحصول على عينة من نسيج الكبد مبينة في الشكل 2. من المهم أن نختار الطريقة حسب كل مريض. وعلى الرغم من أن 90٪ من الخزعات سوف تجرى بطريقة الإبرة عبر الجلد المعيارية فإن بعض المراكز ذات الاهتمام الخاص بأمراض الكبد سوف تحتاج الطرق الأخرى المتوفرة.

الخزعة عبر الجلد المعيارية:

خزعة سهلة وآمنة في المريض الواعي المتجاوب مع إرقاء (Hemostasis) سوي. نسبة الوفيات المسجلة حوالي 10,000/1 مريض.

قبل إجراء الخزعة: يجب أن يكون زمن البروثرومبين في حدود 3 ثوان من القيمة الشاهدة، ويجب ألا يقل تعداد الصفيحات عن $80x10^9$/ل. يمكن إعطاء الفيتامين K والبلازما الطازجة المجمدة إذا كانت متشابتات (Parameters) التخثر على الحدود (Borderline) (حدّية)

كما يجب تحديد زمرة الدم عند المريض ويُحتفظ بالمصل. ويجب تأمين وحدتين من الدم إذا لم تكن هناك إمكانية لإجراء التصالب (Cross-match) بشكل عاجل.

من غير الضروري إعطاء أحد مشتقات البنزوديازيبين فموياً للتسكين قبل إجراء الخزعة إلا عند الأطفال أو البالغين القلقين جداً.

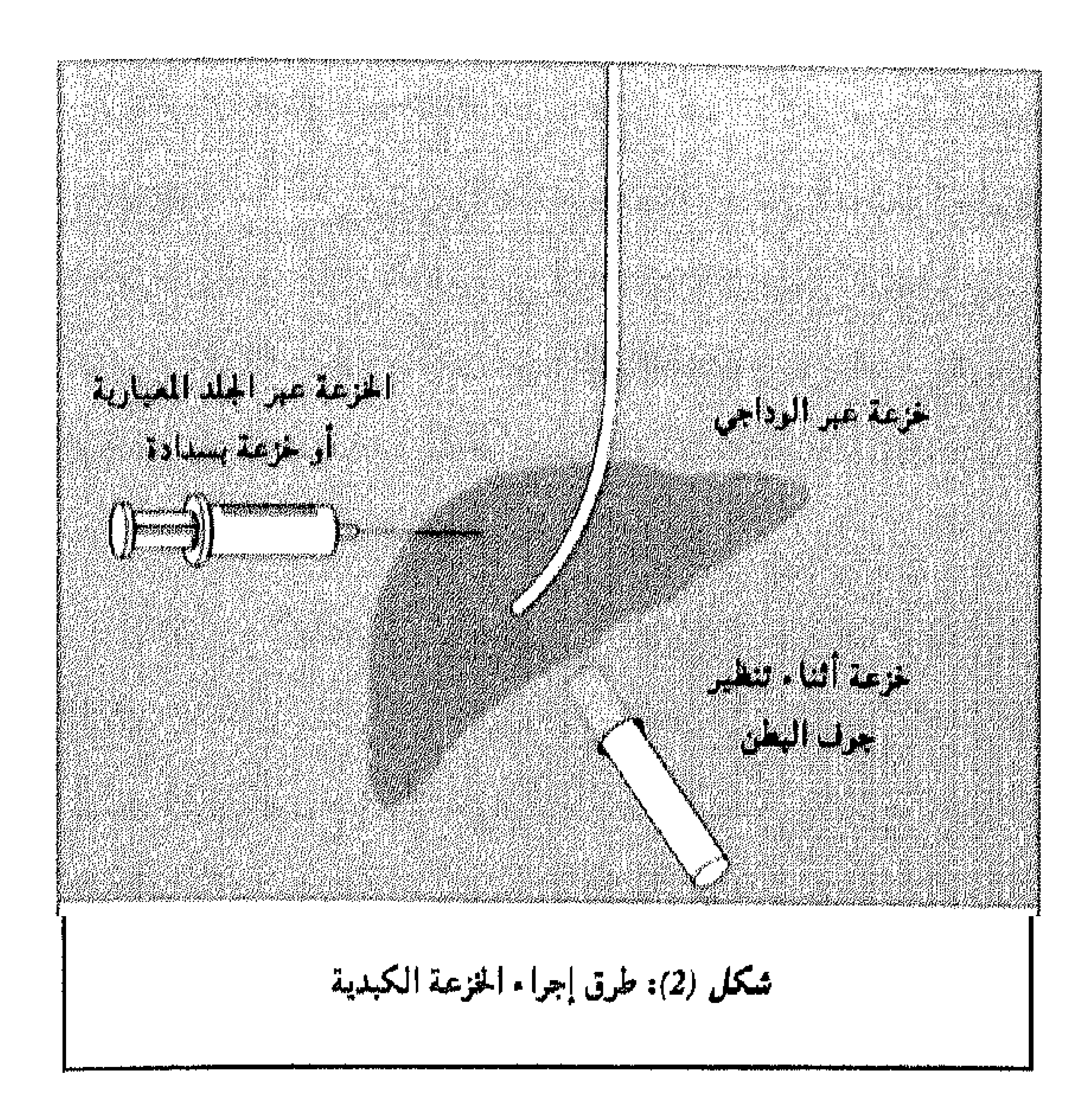
الموضع المختار في الخزعة غير الموجهة: هو الخط منتصف الإبط (Mid-axillary) تماماً تحت الحد العلوي من الأصمية (Dullness) الكبدية. يجرى تخدير موضعي مناسب بإعطاء الليجنوكائين 2٪ للجلد وما تحته حتى محفظة الكبد. تؤخذ الخزعة من محيط الفص الأيمن للكبد بعد أن يوقف المريض تنفسه بوضعية الزفير.

أكثر الأخطاء شيوعاً هو إجراء الوخز إلى الأسفل كثيراً أو إلى الأمام كثيراً، والذي قد يؤدي إلى وخز المرارة أو الإثني عشري، أو القولون أو الكلية أو البنكرياس.

عادة ماتكون إبر الخزعة من النمط الراشف (منجيني Menghini) أو النمط القاطع (تروكت Tru-cut) والنمط الراشف أسهل لغير الخبير وقد يؤمن ألباباً (Cores) أطول، لكن هناك احتمال تشدُّف العينة خاصة في التشمع.

التصوير (Imaging): يفيد أخذ الخزعة تحت مراقبة التصوير بشكل خاص في إصابة (صدم) آفة موضعة مستهدفة، كما أنها مفيدة أيضاً إذا كان الكبد صغيراً ومن الصعب تحديد موضعه بالقرع (Percussion).

ومن المحتمل أن تزداد شعبية خزعة الكبد الموجهة بفائق الصوت أكثر فأكثر، وقد تصبح أسهل باستعمال جهيزة لولبية رفاصية التحميل (Spring loaded) مما يسمح لعينة مأخوذة بإبرة قاطعة أن تجرى بيد بينما يجرى التصوير بمسبار باليد الأخرى.



شكل (2): طرق إجراء الخزعة الكبدية

العناية بعد الخزعة والمضاعفات: عادة مايكون أي ألم بعد خزعة روتينية مجرد ألم خفيف فقط، ويستجيب للمسكنات البسيطة. كما أن الألم في قمة الكتف الناتج عن تهيج الحجاب شائع.

يبقى معظم المرضى في المستشفى ليلة بعد خزعة الكبد عبر الجلد المعيارية رغم أنه تبين أن هذا يمكن أن يجري بأمان كحالة نهارية (Day-case) كما يراقب النبض وضغط الدم.

يتبدى حدوث نزف وخيم بزيادة النبض ونقص ضغط الدم، والذي يترافق غالباً مع تهيج صفاقي. قد يتجلى نزف مجاري الصفراء (Hemobilia) (نزف داخل الشجرة الصفراوية) بنزف معدي معوي ومغص وتنامي اليرقان (Jaundice).

يشكل تصوير الشريان الكبدي الانتقائي مع حقن مادة لسد التروية الشريانية لمكان الخزعة أفضل مقاربة للنزف المستديم (Persistent) من مكان خزعة الكبد، لكن نادراً جداً مانحتاج إليه.



تؤخذ الإجراءات البديلة عن الطريقة المعيارية بعين الاعتبار إذا كانت متشابتات التخثر غير قابلة للتصليح بشكل سريع، بحيث يبقى المريض تحت خطر أعلى للنزف.

الخزعة بسدادة: تشبه الخزعة المعيارية لكن تحقن اسفنجة هلامية قابلة للامتصاص (Absorbable) داخل المسار (Track) في الكبد بعد سحب الخزعة، إما تحت الغمد الخارجي القاطع للإبرة «تروكت» أو تحت الغمد اللدائني الموضوع فوق كامل إبرة الخزعة.

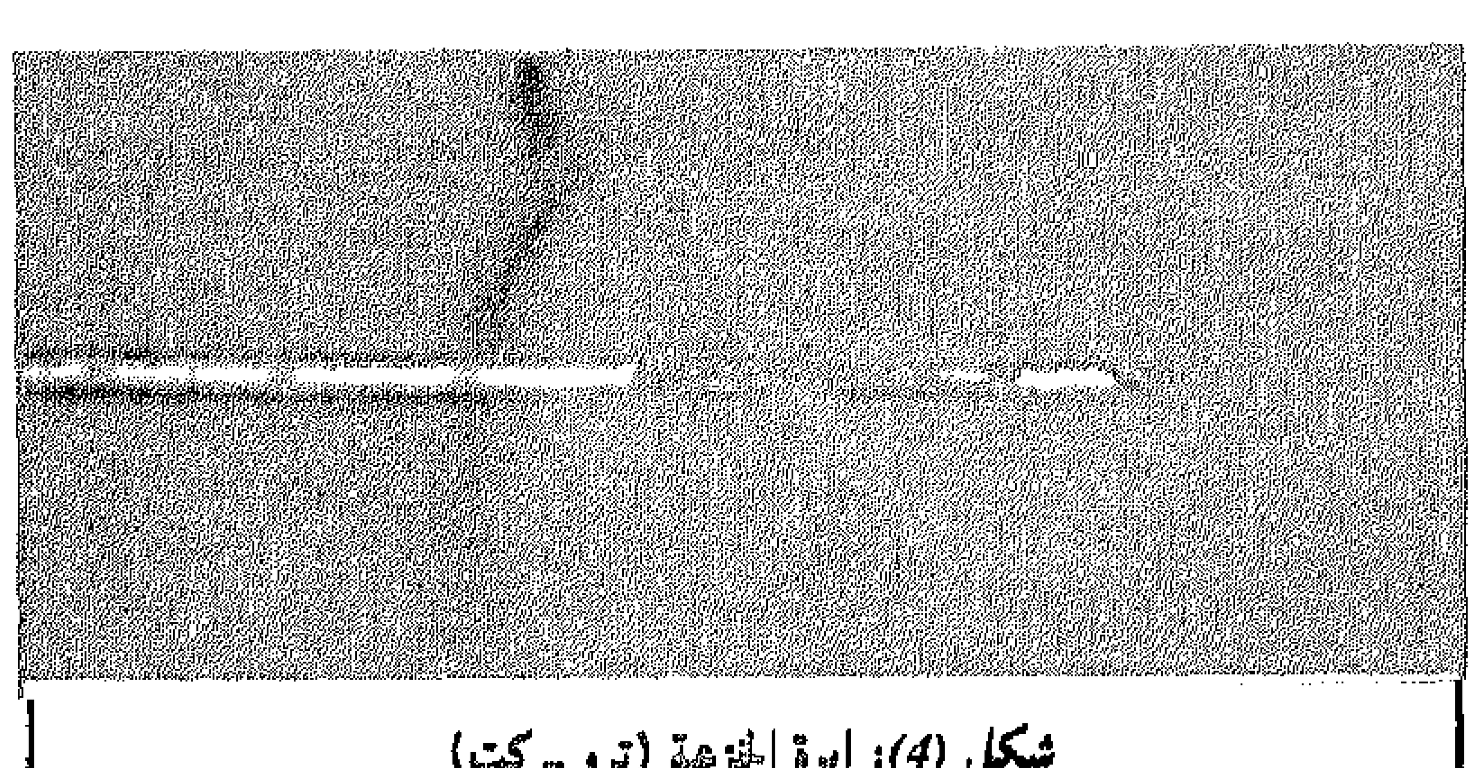
لم تقيّم سلامة هذه الطريقة عند المصابين باعتلال خثري وخيم (أي زمن البروثرومبين >20 ثانية، تعداد الصفيحات < $20x10^9$/ل) ويجب على المريض أن يمسك نفسه لفترة أطول ببضع ثوان. وعلى أية حال، تمثل هذه الطريقة إجراء معقولاً في المصابين باعتلال خثري معتدل حيث التقييم النسيجي مهم في التدبير.

خزعة الكبد عبر الوداجي (Trans Jugular): مقاربة جديدة تعتمد على مبدأ أن أخْذ عينة من داخل الكبد بوساطة قثطار في الوريد الكبدي يدخل من خلال الوريد الوداجي الداخلي (Internal Jugular A.) وأيمن القلب لن يؤدي إلى نزف داخل الصفاق حتى في حالات النزف الوخيم. عملياً، تثقب محفظة الكبد من الداخل أحياناً إذا كان الكبد صغيراً، كما قد يكون هناك حاجة لسد المسار أيضاً.

الطريقة تتطلب البراعة في الإنجاز، لكن لها فوائد



شكل (3): أخذ الخزعة بإبرة (ترو- كت) القاطعة



شكل (4): إبرة الخزعة (ترو - كت)
وقد أزيلت الفلالة الخارجية لتظهر عينة الخزعة

أخرى مثل سهولة أخذ خزعات متعددة وقياسات الضغط في نفس الوقت وتصوير الأوعية، وبما أنه لاحاجة لتعاون المريض فقد يُعطى تسكيناً قوياً، لذلك فهي مفيدة للمرضى غير المتعاونين أو النعسانين (Drowsy).

الخزعة أثناء تنظير جوف البطن: كانت معاينة سطح الكبد أثناء تنظير جوف البطن مع أخذ خزعة بالرؤية المباشرة شائعة في أوروبا باستثناء انجلترا. حيث أنها أهملت نسبياً هناك.

يمكن إجراء هذه الخزعة تحت التخدير الموضعي، لكن يفضل إجراء تخدير عام إذا كانت صحة المريض مقبولة لدرجة كافية.

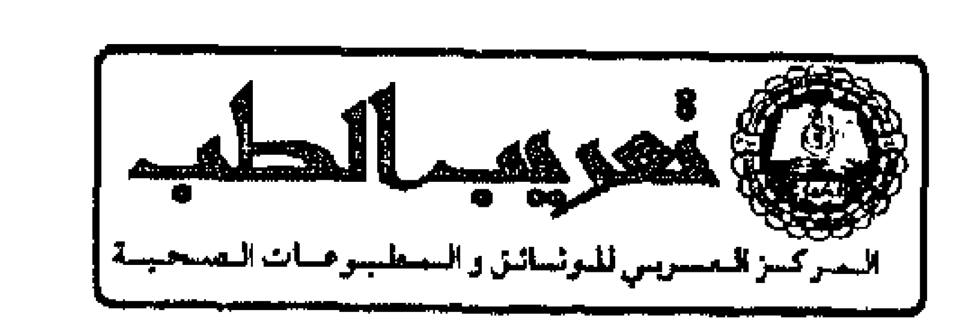
هذه الخزعة مفيدة بشكل خاص لأخذ خزع موجهة وتقييم القابلية للقطع (Resectability).

خزعة الكبد أثناء فتح البطن: كانت تستطب سابقاً للحصول على عينات كافية للتحليل الكيميائي (كما في داء «ويلسون» مثلاً)، ولكن الطرق التحليلية المحسنة جعلت هذه الخزعة غير ضرورية. يجب أن تقتصر الآن على الاكتشاف العرضي للباثولوجية الكبدية أثناء فتح البطن.

يجب على الجراح أن يتأكد أنه أخذ شريحة (Wedge) عميقاً بما فيه الكفاية ليتجنب صعوبات التفريق عن عينة تحت المحفظة، أو عليه أن يجري خزعة بالإبرة.

***Bibliography:**

References for this article are available from ACML on request.



المجلد2 ، العدد3
نوفمبر 1998

التهاب الكبد الحاد

Acute Viral Hepatitis

ترجمة: د. مفتي عبدالحميد عمرو *

* بيولوجية وانتشار الفيروسات المنحازة للكبد:

1- فيروس التهاب الكبد A ‏(HAV) :

يعد الفيروس (HAV) واحدا من أفراد عائلة الفيروسات البيكورناوية *(Picornaviridae)*. ويتميز الفيروس بوجود محفظة (Capsule)، كما يبلغ قطره 27-28 نانومتر، كما يحتوي على طاق موجب وحيد من الرنا (Single-stranded RNA)، يبلغ طوله نحو 7500 نوكليوتيدات. ولم يتم التعرف سوى على مجموعة مصلية واحدة (Serotype) من الفيروس (HAV) في جميع أنحاء العالم. وقد تم تنسيل وسَلْسَلَة كامل مجين (Genome) هذا الفيروس.

* انتقال العدوى:

تنتقل عدوى الفيروس (HAV) عن الطريق البرازي - الفموي (Fecal-oral Route). وفي البلدان النامية، يصاب أغلب الأطفال في سن المدرسة بالفيروس نتيجة للانتقال المتتالي (Serial Transfer) للفيروس من شخص لآخر. ويؤدي تناول بعض الأطعمة غير المطهية جيدا - مثل بلح البحر (Mussels)، والبطلينوس (Clams)، والمحار (Oysters)، والمستخرجة من بلدان ينتشر فيها حاملو الفيروس - إلى زيادة خطر الإصابة بالفيروس (HAV). كما تم تقرير انتشار الفيروس بين مهربي المخدرات من خلال التلوث البرازي للأغشية الواقية (Condoms) التي تستخدم في تهريب المخدرات.

وليس من الشائع ظهور المرض السريري المصاحب باليرقان (Jaundice) في حديثي الولادة وفي الأطفال الصغار، كما أنه من الممكن أن تمر نوبة الإصابة بالمرض دون أن تُلاحَظ، أو أنه لا يمكن تفريقها عن المرض الفيروسي اللانوعي (Nonspecific Viral Illness).

وفي البلدان التي تحسنت فيها مستويات المعيشة وجودة الصرف الصحي، ارتفع العمر الوسطي(Mean Age) للإصابة بالمرض، كما انخفضت المعدلات الكلية للإصابة بالمرض. وعلى أية حال، ففي هذه البلدان، ارتفعت معدلات الإصابة بالعدوى السريرية مع اليرقان.

ونادرا ما ينتقل الفيروس (HAV) عبر نقل الدم، نظرا لأن فترة وجود الفيروس بالدم (Viremia) تعد قصيرة، وسرعان ما يمتزج الفيروس الجائل بالدم مع الأضداد (Antibodies) - غير أن ذلك لم يمنع انتقال عدد من الحالات عن هذا الطريق.

* اختصاصي الأمراض الباطنية - مستشفى السلام - دولة الكويت .



2- فيروس التهاب الكبد B (HBV):

يبلغ طول الجزيء المعدي (Infectious Particle) من الفيروس HBV ـ والذي يعرف باسم جزيء دَين (Dane Particle) ـ نحو 42 نانومتر، ويتكون من الأجزاء التالية:

* غلاف «سطحي» خارجي من البروتينات الشحمية (Lipoprotein Envelope)، وهو المستضد السطحي (HBsAg)، بما فيها البروتينات pre-S (قد تسهل هذه المناطق من الغلاف الخارجي عملية التصاق الفيروس بالخلايا الكبدية).

* لب داخلي مكون من قفيصة منواة بروتينية (Protein Nucleocapsid)، وهو المستضد (HBcAg)، والذي يحيط بالحمض النووي الفيروسي (يفرز المستضد HBeAg، وهو مشتق من المستضد (HBcAg)، في المصل، ويعد واسما مفيدا على عدوائية [Infectivity] الفيروس).

ومن الممكن أن يحتوي مصل (Serum) الشخص المصاب بالعدوى على الفيريون الكامل (Virion)، أو على بروتينات الغلاف التي لا تحتوي على الدنا (DNA)، والتي تتميز بكونها أصغر حجما (جدول 1). وعادة ما يتم تشخيص العدوى بالتهاب الكبد B بعد الحصول على نتيجة إيجابية لاختبار المستضد HBsAg، وتحدد الاختبارات التالية ما إن كان وجود المستضد HBsAg في الدم مترافقا مع وجود الجزيئات الفيروسية العدوائية، والتي يتم التعرف عليها غالبا باكتشاف المستضد HBeAg.

جدول (1) : الأسباب الرئيسية لالتهاب الكبد الفيروسي

الملامح	التهاب الكبد A	التهاب الكبد B	التهاب الكبد C	التهاب الكبد D	التهاب الكبد E
العامل المسبب	الفيروس HAV فيروس رناوي RNA	الفيروس HBV فيروس دناوي DNA	الفيروس HCV فيروس رناوي	العامل دلتا فيروس رناوي	الفيروس HEV فيروس رناوي
المستضدات	HAAg	HBsAg HBeAg HBcAg HBxAg	ـ	المستضد دلتا (D)	ـ
الأضداد	Anti-HAV	Anti-HBc Anti-HBs Anti-HBe Anti-HBx	Anti-HCV	Anti-D	Anti-HEV
انتقال العدوى	برازي ـ فموي	حقنا	حقنا	حقنا	برازي ـ فموي
الوفيات	0.1٪	1-3٪	1-2٪	+	(+) في الحوامل الخاطف
الإزمان	لايوجد 90٪ في حديثي الولادة	5٪	75٪	2٪ (حاد)	لايوجد
فترة الحضانة	15-45 يوما	40-180 يوما	9 أسابيع في المتوسط	30-50 يوما	30-50 يوما

*** انتقال العدوى:**

ينتقل الفيروس HBV عن الطريق عبر الجلدي (Percutaneous) وعبر المخاطية (Permucous)، خلال التمزقات التي قد توجد في الجلد أو الأغشية المخاطية. وتبلغ فترة الحضانة (Incubation Period) الوسطية لالتهاب الكبد B نحو 75 يوما. وهناك اختلافات جغرافية مهمة بخصوص معدلات انتشار المرض والمجموعات العمرية الأكثر تعرضا للعدوى؛

* في البلدان المتقدمة في أوروبا وأمريكا الشمالية، تحدث الإصابة بالفيروس (HBV) بصورة متفرقة، وتتمثل أهم عوامل الاختطار في هذه البلدان في الشذوذ الجنسي بين الرجال (اللواط)، وانخفاض مستوى المعيشة، وتعاطي المخدرات عن طريق الحقن، والمجموعة العرقية (Ethnic Group) التي ينتمي إليها المريض، والإعاقة العقلية، والعمل في التخصصات الصحية. وأحيانا ما تنتقل العدوى عن طريق الحاملين (Carriers)، وقد تنتشر العدوى بين أفراد الأسرة الواحدة.

* في المناطق المتوطنة، يتسم اكتساب العدوى في الأطفال بأهميته في تحديد النمط العام للإصابة بالمرض؛ وتحدث الإصابة إما عن طريق الدم خلال عملية الوضع، أو خلال الفترة التالية للولادة نتيجة لبعض الممارسات التغذوية مثل قيام الأم بمضغ الطعام (Premastication) قبل دفعه إلى فم وليدها. وخلال تلك الفترة، تتسم العدوى بعدم وجود اليرقان، وبكونها لا أعراضية ومزمنة.

3- الأنواع الأخرى لالتهاب الكبد:

**** التهاب الكبد C:** انظر ص 41.*

**** التهاب الكبد D و E و F و G:** انظر ص 51.*

*** الملامح السريرية لالتهاب الكبد الفيروسي:**

تكون الملامح السريرية لالتهاب الكبد الفيروسي الحاد، والناتج عن العدوى بالفيروسات المنحازة للكبد (Hepatotropic Viruses)، متشابهة لدرجة يصعب معها التفريق بين الأنواع المختلفة للفيروسات المسببة؛ ولايفيد في التفريق سوى الملامح الفرعية للمرض، بالإضافة إلى فترة الحضانة والتاريخ الوبائي للمريض، أما التشخيص النوعي فيستلزم إجراء الاختبارات المصلية.

*** الأعراض:**

- مرحلة ***ما قبل اليرقان*** *(Pre-icteric Phase)*: تشتمل الأعراض الرئيسية على ما يلي:

* يبدأ المريض بالشعور بالتوعك، والغثيان، والتعب، والضعف.

* كراهية السجائر بالنسبة للمدخنين.

* ألم بالربع الأيمن العلوي من البطن.

* إسهال أو إمساك.

* آلام وأوجاع غير محددة (خصوصا في العضلات).

* حمى (أكثر شيوعا مع التهاب الكبد A).

* صداع أعلى الحجاج (Supraorbital) (أكثر شيوعا مع التهاب الكبد A).

في 5-15٪ من مرضى التهاب الكبد البائي الحاد، قد تحدث متلازمة شبيهة بالمرض المصلي (Serum Sickness-like Illness)، والتي تتسم بحمى منخفضة الحدة، وطفح جلدي، وآلام في مفاصل الرسغ، والمرفق، والركبة، والكاحل.

**** اليرقان:*** قد يلي الأعراض المبدئية ظهور البول الداكن

اللون، واليرقان (Jaundice) في بعض الحالات. ويصاب بعض المرضى باليرقان دون أية أعراض سابقة. ونمطيا، بمجرد ظهور اليرقان، تتحسن بعض الأعراض النذيرية (Prodromal Symptoms). وقد يزداد اليرقان عمقا على مدى 5-10 أيام، وقد يتفاقم القهم (Anorexia) والتعب خلال تلك الفترة. ومن الممكن حدوث قدر من فقدان الوزن. وعادة ما يكون التهاب الكبد الحاد من النمط C أقل حدة من التهاب الكبد الحاد من النوع A أو B؛ ولا يصاب أغلب المرضى باليرقان.

*** الشفاء (Recovery):**

يختفي الغثيان وتعود الشهية والتحسن الصحي (Well-Being). إذا كان اليرقان عميقاً وامتد أمده فيمكن أن يلاحظ بعض الحكة.

يمكن أن يبقى الفتور والتعب إلى بعض الوقت، كما يمكن أن تحدث انتكاسات بسيطة. في 1-5٪ من المرضى يلاحظ ارتفاع ناقلة الأمين المصلية أو البيليروبين. لقد تم ملاحظة العلاقة بين هذه الانتكاسات وبين العودة إلى العمل أو التمرينات العنيفة ولكنها غير مؤكدة.

تقل القدرة على تحمل التمرينات بصفة عامة في طور النقاهة المبكر، ويمكن أن يكون الاكتئاب عرضاً بارزاً.

*** العلامات الفيزيائية (Physical Signs):**

غالباً تكون العلامات الفيزيائية قليلة، ويكون اليرقان هو أكثر نتائج الفحص شيوعاً، والإيلام الكبدي (Tenderness) وتضخم الكبد وتضخم الطحال 5-10٪، والاعتلال العُقَدي اللمفي (Lymphadenopathy) في بعض المرضى.

عادة ما تقل حدة اليرقان خلال أيام قليلة إلى أسبوعين ولكن يمكن أن يظل عادة إلى 6 أسابيع. في الحالات البسيطة تتأثر الصُلبة (Sclera) فقط باليرقان. عادة لايزداد الكبد في الحجم بدرجة كبيرة ولكن يمكن إحداث الإيلام الكبدي في معظم المرضى. يمكن أن تُحس مقدمة الطحال إذا تضخم وتكون لينة وغير مؤلمة مع الجس. بقية الفحص الفيزيائي يكون عادة غير ملحوظ. إذا حدث التهاب الكبد الخاطف تكون الأعراض والعلامات أكثر وخامة. يمكن أن يلاحظ الطفح الجلدي.

*** التهاب الكبد الخاطف (Fulminant Hepatitis):**

إن التهاب الكبد الخاطف الذي يلي النخر الجسيم في الخلايا الكبدية يؤدي إلى حدوث اعتلال دماغي كبدي (مترافق مع يرقان شديد وحبن [استسقاء] و وذمة). وعادة يكون مصحوباً بنزيف بسبب الاعتلال الخثاري الشديد.

يعكس اضطراب الوعي اشتراك كل من الغيبوبة الكبدية ونقص سكر الدم والوذمة المخية (Cerebral Edema) في العملية المرضية.

يمكن أن يحدث الاعتلال الوظيفي الكلوي مثلاً المتلازمة الكبدية الكلوية (Hepatorenal Syndrome). إن علاج هذه المضاعفات يكون علاجاً مساعداً مشابهاً للعلاج الذي تم تحديده عندما يحدث الفشل الكبدي في سياق داء الكبد المزمن. يستعيد الكبد قدرته للعودة إلى الحالة الطبيعية إذا نجا المريض من نوبة التهاب الكبد الخاطف.

أحدث استخدام الإغتراس (Transplantation) في هذه الحالة، ثورة في التكهن في مآل المرض (Prognosis). تكون نسبة بقاء المريض الذي يصل إلي حالة الغيبوبة

الكاملة على قيد الحياة 20٪ أو أقل بدون الاغتراس. يجب أن ينقل المريض المصاب بالفشل الكبدي الخاطف إلى وحدة متخصصة.

*** اختبارات وظائف الكبد**
:(Tests of Liver Function)

**** إنزيمات الكبد (Liver Enzymes):***

يتم تحديد التهاب الكبد الفيروسي الحاد بارتفاع المستويات المصلية للإنزيم ALT وناقلة الأمين الأسبارتية (AST) يمكن أيضاً أن ترتفع مستويات الإنزيمات ALT وAST في التهاب الكبد الفيروسي غير اليرقاني، بينما في حالة التهاب الكبد اليرقاني فإن كلا المَعْلَمين يرتفعان إلى أكثر من 80 ضعف الحد الأعلى للمستوى الطبيعي.

عادة مايكون الإنزيمALT عالياً أو أعلى من AST. يمكن أن تزداد تركيزات البيليروبين المصلي بصورة متناسبة مع وخامة المرض.

أثناء الشفاء، ينخفض تركيز الإنزيم ALT المصلي بسرعة وعادة مايصبح طبيعياً خلال 10-12 أسبوعاً من بداية المرض.

إن بقاء النشاط الشاذ للإنزيم ALT أكثر من 6 شهور بعد بداية التهاب الكبد الحاد يعد مؤشراً لترقي المرض، وفي حالة التهاب الكبد من النمط B و C و D يكون مصحوباً بأدلة مصلية على العدوى المستمرة.

**** الدمويات (Hematology):***

عادة مايبقى تركيز الهيموجلوبين وعدد كريات الدم البيضاء والصفائح الدموية دون تغيير إلا إذا كان المرض وخيماً ومصاحباً بفشل كبدي خاطف.

**** زمن البروثرومبين (Prothrombin Time):***

بصفة عامة، يكون طبيعياً في حالات التهاب الكبد الفيروسي الحاد غير المضاعفة ولكن يمكن أن يمتد في التهاب الكبد الخاطف.

**** الألبومين والجلوبلين بالمصل***
:(Serum Albumin and Globulin)

عادة يكونان في المستوى الطبيعي في بداية التهاب الكبد، ولكن تركيزات الألبومين المصلي تنخفض قليلاً أثناء مسار التهاب الكبد، ويمكن أن يرتفع الجلوبلين المصلي وخصوصاً إذا كان المرض شديداً وممتداً.

**** الجلوكوز المصلي (Serum Glucose):***

عادة يكون طبيعياً في التهاب الكبد الفيروسي غير المضاعف، ولكن معظم المرضى المصابين بمرض خاطف يكون لديهم نقص في سكر الدم.

*** البروتين الجنيني والمصلي**
:(Serum & Fetal Protein)

ترتفع مؤقتاً في المرضى المصابين بالتهاب الكبد الحاد.

**** التقييم الهستولوجي (Histological Assessment):***

عادة لايتم عمل خزعة الكبد في التهاب الكبد الفيروسي الحاد.

** التشخيص المصلي لالتهاب الكبد من النمط A*
:(Serological Diagnosis of Hepatits A)

يكون الجلوبلين المناعي IgM المضاد للفيروس HAV موجوداً، ويستمر وجود عيارات (Titers) مرتفعة في المصل مع بداية الأعراض ويمكن قياسه بالمرحلة الصلبة الحساسة

للمقايسة المناعية الامتصاصية أو المقايسة المناعية الإشعاعية (RIA) لمدة 3-12 شهراً. وإذا كان الاختبار إيجابياً في مريض مصاب بالتهاب كبدي حاد فإن ذلك يدل على وجود عدوى حديثة. الاختبارات الإيجابية الكاذبة (False Positive) غير مألوفة ولكن يمكن أن تحدث.

يمكن تشخيص العدوى السابقة وبالتالي المناعة بوجود الجلوبلين المناعي IgG المضاد للفيروس HAV - بدون الجلوبلين المناعي IgM المضاد للفيروس HAV.

*** التدبير (Management):**

يمكن العناية بأغلب المرضى في المنزل. وقد يستدعي الإدخال إلى المستشفى لأسباب اجتماعية، أو للتوصل إلى التشخيص، ويكون ضروريا إذا حدث قيء مستمر، أو إذا زاد زمن البروثرومبين عن ثانيتين، أو إذا لوحظ حدوث تغيرات في شخصية المريض أو نمط نومه.

وفي المستشفى، يحتاج المرضى إلى عناية تمريضية جيدة؛ كما يجب إيقاف تناول المريض لجميع الأدوية، نظرا لأن كثيرا منها يحمل خطر إحداث التلف الكبدي أو الركود الصفراوي (Cholestasis)؛ وتشمل تلك الأدوية مضادات القيء (Anti-emetics)، ومضادات الالتهاب اللاستيرويدية (NSAIDs)، والتي عادة ما توصف لأولئك المرضى. ويعد الباراسيتامول (الأسيتامينوفين) هو المسكن المفضل في هذه الحالات، حيث أنه غير سام للكبد في الجرعات البسيطة. وعادة ما يتم إيقاف حبوب منع الحمل الفموية (Oral Contraceptives) مؤقتا في السيدات المصابات بالتهاب الكبد الفيروسي الحاد؛ ومن الممكن أن يساعد تناول عقار الكوليستيرامين في تخفيف الحكة .

ليس هناك علاجاً نوعياً لالتهاب الكبد الفيروسي الحاد اللامضاعف. وينصح بأن يخلد المريض إلى الراحة. ولا تساعد الستيرويدات القشرية (Corticosteroids) في تحسين مآل التهاب الكبد الفيروسي الحاد اللامضاعف، لكنها تقلل من السير المرضي لالتهاب الكبد الركودي الصفراوي الحاد من النمط A (Cholestatic Hepatitis)، ويجب أن يتجنب المريض تناول الكحول في المرحلة الحادة من المرض، كما يجب عليه اجتناب التمرينات الرياضية العنيفة، ويحتاج أغلب المرضى إلى الراحة لمدة ثلاثة أسابيع على الأقل قبل العودة لأعمالهم.

تشفى أغلب حالات الإصابة بالتهاب الكبد الفيروسي B، مع تصفية المستضد HBsAg. وبرغم أن الأعراض اللانوعية قد تتحسن، فليس هناك دليل على أن المعالجة المضادة للفيروسات (Antiviral Therapy) تعجل من التعافي، أو تصفية (Clearance) الفيروس في التهاب الكبد الفيروسي الحاد من النمط B، أو على أن المعالجة بالإنترفيرون ألفا (α-Interferon) تمنع حدوث المرض الكبدي المزمن، كما اكتشف أن الإنترفيرون ألفا ليس ذا فائدة في معالجة التهاب الكبد البائي الخاطف.

*** مضاعفات التهاب الكبد الحاد:**

تشمل المضاعفات الكبدية لالتهاب الكبد الحاد الانتكاس (Relapse)، والتهاب الكبد الخاطف، والركود الصفراوي الممتد، والتهاب الكبد الفيروسي المزمن. وتعد الوفيات الناجمة عن التهاب الكبد الفيروسي من النمط A (0.1)٪، أقل من مثيلاتها في بقية أنواع التهاب الكبد الأخرى.

تشمل المضاعفات خارج الكبدية ما يلي: التهاب الشرايين المتعدد العقدي (Polyarteritis Nodosa)، والتهاب كبيبات الكلى (Glomerulonephritis)، والتهاب الدماغ والسحايا (Meningoencephalitis)، واعتلال الأعصاب الطرفية (Peripheral Neuropathy)، وفقر الدم اللاتنسجي (Aplastic Anemia)، وفقر الدم الانحلالي (Hemolytic Anemia)، والتهاب عضلة القلب (Myocarditis)، والإسهال، والتهاب البنكرياس الحاد، والتهاب جلد الأطراف الحطاطي (Papular Acrodermatitis)، والتهاب المفاصل المتعدد (Polyarthritis).

*** المعالجة الوقائية:**

1- التهاب الكبد الڤيروسي من النمط A:

كانت الوقاية ضد عدوى الڤيروس HAV تعتمد في الماضي على الجلوبلينات المناعية المصلية، بجرعة 0.02 مل/كجم قبل التعرض للعدوى، و0.06 مل/كجم بعد التعرض.

وتتسم اللقاحات المستخدمة حاليا في الوقاية من المرض بكونها محتملة بالنسبة للجسم، إضافة إلى كونها مولدة للمناعة (Immunogenic). ويؤدي التمنيع النشط (Active Immunization) إلى إيجاد مستويات أعلى من مضادات الڤيروس HAV، عنها في حالة إعطاء الجلوبلينات المناعية. ويتم إعطاء اللقاح في ثلاث جرعات تحقن في العضلة الدالية (Deltoid) عند الشهور 0 و1 و6. ونادرا ما تشاهد الأعراض الجانبية للتلقيح (Vaccination)، وأهمها الألم في موضع الحقن.

2- التهاب الكبد الڤيروسي من النمطين B وD:

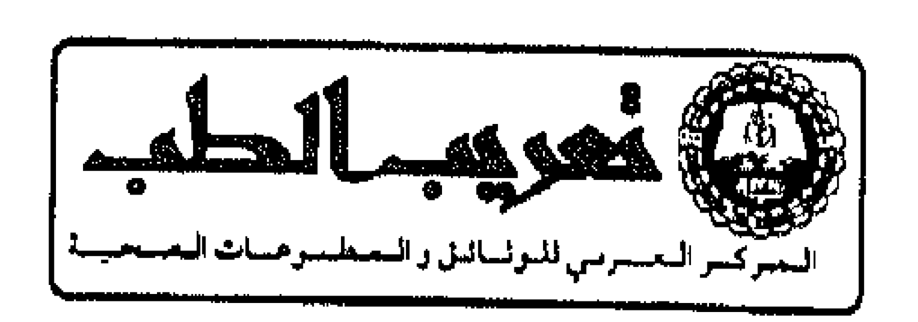
يمكن الوقاية من عدوى الڤيروس HBV بواسطة التمنيع النشط. وفي البلدان المتقدمة، يتم تصنيع اللقاحات المستخدمة بواسطة تقنيات الدنا المأشوب (Recombinant DNA). ويتمثل المخطط النمطي للتلقيح في حقن جرعة من اللقاح في الشهور 0 و1و6، وذلك بجرعة 10 ميكروجرام في الأطفال وحديثي الولادة، و20 ميكروجرام في الشهور 0 و1و 6 للبالغين. وفي البالغين، يجب أن يتم حقن اللقاح في العضلة الدالية، ومن المستحسن أن يتم التأكد من تكون أضداد المستضد HBs بالاختبارات المصلية بعد ثلاثة أشهر من انتهاء جرعات التلقيح.

ويستدعي التلقيح ضد عدوى الڤيروس HBV في الحالات التالية:

- العاملون في مجال الرعاية الصحية.
- أقارب المرضى بالتهاب الكبد الڤيروسي من النمط B.
- الجنوسيون (Homosexuals) النشطون جنسيا.
- الأشخاص ذوي العلاقات الجنسية المتعددة.
- مدمنو المخدرات.
- المرضى الذين يحتاجون لنقل مستمر للدم.

يمكن الوقاية من انتقال الڤيروس HBV من الأم لوليدها بواسطة الجلوبلين المناعي لالتهاب الكبد B، بجرعة 0.05 مل/كجم، بالإضافة إلى التلقيح بالجرعات الموصوفة أعلاه. ويجب أن يتم التلقيح بأسرع ما يمكن في حالة الإصابة بوخز الإبر الجراحية بالنسبة للأطباء.

وتؤدي الوقاية من الڤيروس HBV إلى الوقاية من التهاب الكبد الڤيروسي من النمط D أيضا، نظرا لأن ذلك الأخير لا يمكنه أن يتكاثر في غياب المستضد HBsAg.



المجلد2 ، العدد3
نوفمبر 1998

التهاب الكبد "C"
الوباء الخفي

إعداد: د. محمد حجازي*

يضم هذا المرض بين جنباته خطر الموت للمصابين به والذين يبلغون 4 ملايين أمريكي، معظمهم غير قابلين للشفاء منه.

*** مقدمة**

عند غروب أحد أيام صيف عام 1968 قام «ستيف» Steve بحقن نفسه بجرعة من الهيروين وذلك لأول مرة. كان «ستيف» في السادسة عشرة من عمره، وهو واحد من آلاف المراهقين الباحثين عن الخيال والوهم من خلال جرعة دواء أو نزوة حب.

والآن وقد أصبح «ستيف» واحداً من الطبقة المتوسطة يبلغ من العمر 46 عاماً وأصبح زوجاً وأباً ويعيش في إحدى المدن الأمريكية الصغيرة، ويقول عن نفسه بأن ليست لديه أية مشاكل دوائية ولم يكن يوماً ما مدمناً رغم أن له ماضياً مع جماعات «الهيبز» ويقول أنه كان دائماً أبداً حريصاً على نفسه. والحقيقة أنه لم يكن حريصاً كما يدعى حيث أنه منذ أكثر من عشرين عاماً استخدام محقناً ملوثاً عندما تعاطى الهيروين لأول مرة، ولذلك فلقد اكتشف أثناء أحد الفحوصات الروتينية أنه مصاب بعدوى التهاب الكبد "C" من خلال الإصابة بأحد الفيروسات الكسولة أو الميتة والمنقولة عبر الدم والتي تهاجم الكبد.

ولسوء حظ «ستيف»، أنه كان ضمن إحدى المجموعات المعرضة لخطر الإصابة بهذا المرض نتيجة لتعاطي المخدرات بالمشاركة في استخدام محقن واحد.

لم يكن «ستيف» الحالة الوحيدة، إذ أن هناك مايقرب 4 ملايين أمريكي ـ أي 1.8٪ من عدد السكان ـ وربما مئات الملايين على مستوى العالم مصابون بالتهاب الكبد "C". (مقارنة بالمصابين بفيروس نقص المناعة المكتسب (HIV) والذين يزيدون قليلاً عن المليون أمريكي).

ومن حيث الترتيب فإن فيروس التهاب الكبد "C" يعد السبب الثاني بعد تناول الكحوليات من الأسباب المؤدية إلى الأمراض الكبدية، كما أنه من الأسباب التي تدعو إلى الحاجة إلى استزراع الكبد (Liver Transplantation).

* اختصاصي الأمراض الباطنية ـ وزارة الصحة ـ دولة الكويت .



ومطيباً فإن القيروس لايحدث أعراضاً وقت العدوى ويستغرق عدة عقود حتى يمكن إحداث التلف في الخلايا المصابة به، إلا أن 85٪ من مرضى التهاب الكبد "C" يتحولون إلى الإصابة بالالتهاب الكبدي المزمن، وعلى الأقل 20٪ من هؤلاء المرضى يصابون بالتشمع (Cirrhosis) والذي يعد مرضاً غير قابل للشفاء. وخلال عقدين من الزمن فإن ربما تتحول نصف هذه الحالات إلى مرض كبدي في مراحله الأخيرة أو إلى سرطانة الكبد. ويعيش بعض المرضى بهذا القيروس حياة طبيعية ويستمتعون بحياتهم وقد يموتون نتيجة أسباب أخرى قبل أن يستطيع هذا القيروس تحطيم حياتهم.

وجدير بالذكر أنه ليس هناك مايؤكد وجود شفاء أكيد، كما أنه ليس هناك أي لقاح (Vaccine) لهذا المرض، ومعظم هؤلاء المرضى يصبحون حاملين للمرض (Carriers). فضلاً عن ذلك فإنه لاتوجد وسيلة تنبؤنا عن الإصابات التي ستؤدي إلى مرض كبدي يهدد حياة المريض بشكل سريع، أوعن الإصابات التي تهدد حياة المريض بشكل يستغرق عدة عقود. وفي عام (1997) قدّر عدد الذين سيموتون بسبب هذا المرض بحوالي 8,000-10,000 مريض.

وتتنبأ المعاهد القومية الصحية (NIH) بأن هذه الأعداد سوف تصل إلى ثلاثة أمثالها خلال العقدين القادمين إذا لم نجد وسيلة فعالة للعلاج أو الوقاية من هذا المرض الزاحف والذي يكلف الرعاية الصحية عبئاً مالياً قدره 600 مليون دولار في العام.

ولاعجب في أن الخبراء يعدون التهاب الكبد "C" من الأمراض المعدية الغريبة بالإضافة إلى أنهم يعتبرونه وباءاً قيد الإعداد.

(رغم أنه لم يتعرف على القيروس المسبب لهذا المرض حتى عام 1989).

لقد بنى الخبراء تنبؤاتهم لهذه الكارثة، جزئياً، على الدراسات السكانية (Demographic Studies) وعلى سلوكيات الماضي للمرضى من أمثال «ستيف». وبينما أصبح عدد قليل من الناس مصابين بهذا المرض الآن، إلا أن عدد الحالات الحديثة التشخيص في تزايد. ويقرر 1994 مركز لدراسة علاج الأمراض والوقاية منها بأن الأمريكيين البيض من الذين تخطوا الأربعين عاماً تصل معدلات إصاباتهم إلى 3٪ (ضعف المعدل القومي تقريباً).

وقد يصل معدل الإصابة إلى 6.3٪ لنفس المرحلة العمرية للأمريكيين الزنوج (أي ثلاثة أمثال المعدل القومي).

ما تفسير هذه المعدلات المرتفعة؟... لقد اتضح أن دراسة تجارب الشباب مع المخدرات أدت إلى فهم العوامل المؤدية للإصابة بهذا المرض.

فلقد وجد أن القيروس لاينتقل فقط باستخدام المخدرات التي تتعاطى عبر الوريد، بل أيضا بالمشاركة في استخدام ماصات الشراب التي تستخدم لتجرع الكوكايين الذي يدمنه العديد من الأمريكيين الذين تتجاوز أعمارهم الأربعين أو الخمسين.

لقد مرت ثلاثون عاماً منذ زمن تجارب المراهقين في سن السادسة عشرة والسابعة عشرة والتي تعاملوا فيها مع العقاقير التي تحلق بهم في دنيا الخيال، وكانت هذه المدة كافية لأن يتقدم القيروس خطوات بطيئة نحو إيذاء المصابين به. وقد توقعت مراكز علاج الأمراض والوقاية منها (CDCs) أن يشكل هذا القيروس ركناً هاماً في أمراض الكبد لعدد كبير من الأشخاص الذين يحتاجون الرعاية الطبية والتي تتضمن عمليات استزراع الكبد خلال العقدين القادمين.

وتقدر عدوى التهاب الكبد "C" بنحو 85٪ من متعاطيي المخدرات عبر الوريد، وفي السجون تصل هذه النسبة إلى 50 ٪. وفي إحدى دراسات جامعة جون هوبكنز (John Hopkins) وجد أن 18 ٪ من مراجعي العيادات الخارجية حاملون لڤيروس التهاب الكبد "C".

إن اختصاصيي أمراض الكبد لديهم معرفة طويلة بكل هذه المجموعات ذات الخطر العالي في التعرض للإصابة بهذا المرض. ولقد أظهرت مراكز علاج الأمراض والوقاية منها نتائج مدهشة من خلال مسح قامت به هذه المراكز: فلم يصب الڤيروس فقط هؤلاء المتدنيين اجتماعياً واقتصادياً إلا أنه أيضاً طال هؤلاء المنتمين للطبقة المتوسطة.

وفي الفترة من عام 1988 حتى عام 1994، ذهب الباحثون من بيت إلى بيت يجمعون عينات من الدم حتى وصلت إلى 21,267 عينة. ولم يتضمن المسح أي شخص ينتمي إلى أية مجموعة ذات خطر عال في التعرض للإصابة مثل المساجين أو نزلاء دور الرعاية الاجتماعية، أو المشردين الذين يعيشون في الشوارع. ويقول اختصاصي أمراض الكبد والمدير الطبي لبرنامج زراعة الكبد في المركز الطبي لجامعة ستانفورد: «حتى تستطيع أن تشارك في هذه الدراسة، يجب أن يكون لديك بيت تعيش فيه».

ويقول رئيس قسم الجهاز الهضمي وأمراض الكبد في كلية الطب ـ جامعة سانت لويس (Saint Louis): إننا نرى من 8-10 حالات جديدة لالتهاب الكبد "C" كل أسبوع، وأن هذا المرض أصبح يشكل 70 ٪ من ممارسته العملية، وبينما يدّعي 30٪ من مرضاه بأنه ليست لديهم أية عوامل خطر للإصابة بالڤيروس، فإنه يعتقد بأن العديد منهم يعاني من تبعات مايعرف بطيش الشباب العارض.

ورغم اعتبار أن استعمال المخدرات عبر الوريد سواء في الماضي أو الحاضر هو الوسيلة المتاحة لنقل عدوى المرض، إلا أن هناك وسائل أخرى تؤدي نفس النتيجة.

ومن ضمن هذه الوسائل مايلي:

* المعالجة بنقل الدم قبل عام 1990 (أي قبل التاريخ الذي توفرت فيه إمكانية فحص الدم بحثاً عن ڤيروس التهاب الكبد).

* الديال الكلوي (الغسيل الكلوي Dialysis) وزرع الأعضاء قبل عام 1990.

* الجراحات أو العلاجات غير المرخصة، حيث قد لاتتوفر إمكانية تعقيم الآلات الجراحية المستخدمة.

* التعرض العارض لدماء الآخرين (بما فيها دم الطمث)، وغالباً مايحدث ذلك مع العاملين في الرعاية الصحية والذين يتعاملون مع الدم.

* التشارك في الأدوات الشخصية مثل فرش الأسنان وأمواس الحلاقة وأدوات تشذيب وتقليم الأظافر.

* استنشاق الكوكايين والوشم المنزلي (Tattooing) وثقب الأذن والمعالجة بالوخز بالإبر باستخدام أدوات غير معقمة.

* الممارسات الجنسية عالية الخطر: رغم أنه ليس من المؤكد أن ڤيروس التهاب الكبد "C" ينتقل عبر الاتصال الجنسي، إلا أن معدل الإصابات أعلى ثماني مرات في الذين لدى الواحد منهم أكثر من 10 رفقاء جنسيين. أما الرجال الذين لديهم علاقات جنسية مع رجال آخرين، فيتضاعف معدل الإصابة لديهم بالمقارنة عن بقية الذكور الأسوياء وكذلك فإن الباحثين يقولون أنه يجب التقصي عن التهاب الكبد "C" في هذه المجموعة عالية خطر التعرض لهذه العدوى.

* يعد انتقال المرض من الأم لجنينها أمر غير شائع.

وحتى الآن لايعرف أحد على وجه التحديد كم عدد المصابين حتى الآن؟

وحيث أن المرض يحتاج لفترة طويلة حتى يحدث تأثيراته الخطيرة، فإننا حتى الآن لانعرف كم عدد المرضى المتدهورين؟ وكم عدد من يموتون بسبب هذا المرض؟

*** مراوغة الاكتشاف**

يسمى التهاب الكبد "C" بالوباء الصامت نتيجة للمنهج التسللي الذي يتبعه الفيروس المسبب للمرض.

رغم أن التهاب الكبد "C" من أكثر الأسباب شيوعاً في إحداث التهاب الكبد المزمن في الولايات المتحدة الأمريكية، إلا أن معظم الناس ـ بما فيهم العاملين في مجال الرعاية الصحية ـ يرتبطون ذهنياً ويخلطون هذا المرض مع مرض التهاب الكبد "A" الذي يمكن التعامل معه والشفاء منه، والذي يسببه فيروس ينتقل إلى المريض نتيجة لتناول أغذية أو مياه ملوثة ببراز يحتوي على هذا الفيروس. لقد سمع بعض الأمريكيين لأول مرة عن التهاب الكبد "C" عندما أعلن عن وفاة كل من لاعبي البيسبول الشهير ميكي مانتل (Mickey Mantle) والشاعر الكبير ألن جنسبرج (Allen Ginsberg) من جراء مضاعفات الإصابة بفيروس التهاب الكبد "C".

لقد اكتشف فيروس التهاب الكبد "C" في أشخاص تم نقل دم لهم في حقبة السبعينات.

ولقد سمي هذا الفيروس في هذه الأثناء بالفيروس لا "A" ولا "B" (non-A,non-B). وخلال سنوات عدة وجد أن 10٪ ممن تم نقل دم لهم قد أصيبوا بهذا الفيروس. وفي عام 1989 تم عزل الفيروس وفصله ولقب بفيروس التهاب الكبد "C". ولكن في حقيقة الأمر فإن هذا الفيروس قد عرف منذ مايقرب من خمسين عاماً، ويقول الدكتور سيف (Seeff) وهو أحد أطباء مستشفى القوات الجوية الأمريكية عام 1948 بأنه عند فحصه لعينات الدم المأخوذة من 10,000 من المجندين الجدد وجد نفس مستويات الإصابة بفيروس التهاب الكبد "C" الموجودة في الوقت الحالي.

ينتهج فيروس التهاب الكبد "C" تكتيك حرب العصابات، فهو يتسلل نمطياً إلى تيار الدم بدون إحداث علة ملحوظة ويكمن لعدة عقود. ويتكون الفيروس من خيط واحد من الرنا (RNA) ولايندمج في مجين العائل [الثوي] (Host genome) ـ وهو مجموعة كاملة من الجينات الموجودة في صبغيات كل خلية ـ الأمر الذي قد يعطيه عنوانه الكيميائي الحيوي. وبدلاً من ذلك فإن الفيروس يقوم باستمرار بعمل طفرات (Mutations) تعطي أشكالاً مختلفة لفيروس التهاب الكبد "C"، والتي تتواجد في وقت واحد في جسم المصاب لتراوغ جهاز المناعة من حيث اكتشافها والتصدي لها.

لقد تعرف الباحثون على 6 أنواع من الفيروس ـ على الأقل ـ أمكن تمييزها جينياً ، وعلى أكثر من 30 مجموعة فرعية (Subtype) من الفيروس.

ويمكن أن تتضمن عدوى فيروس التهاب الكبد "C" عدة أنماط جينية، ولذلك فإن الأضداد لأحدها (Antibodies) لا تقدم لوحدها الوقاية والحماية من الأنماط الجينية الأخرى، كما أن قيامها المستمر بعمل طفرات وعدم وجود عنوان مميز لها قد أحبط كل الجهود لإيجاد علاج نهائي للمرضى أو حتى لقاح يقي من شروره.

*** الكبد والفيروس HCV:**

دعنا نلقي نظرة على الكبد والذي يعتبر أكبر عضو داخلي ـ فإننا نجد أن الفيروس يسبب التهاباً كبدياً ينجم عنه تلف بطئ متسلسل، ثم تبدأ خيوط صلدة من النسيج التندبي (التليف) لتحل محل الخلايا الكبدية السليمة. وكلما زادت عملية التندب (Scarring) في الكبد، فإن

النسيج التندبي يحيط بالنسيج السليم مكوناً عقيدات (Nodules) مع حدوث تلف مرافق للخلايا الكبدية.

وتسمى هذه المرحلة بالتشمع (Cirrhosis) والذي يعوق الوظائف الحيوية للكبد، حيث يفقد الكبد مقدرته الفائقة للتخلص من السموم مثل الكحول والأدوية والهرمونات، كما يفقد مقدرته على ابتناء البروتينات التي يحتاجها الجسم. كما أن تيار الدم القادم عبر الوريد البابي يعاق بشكل جزئي نتيجة الإعتراض الجزئي بالنسيج الليفي، ومع تفاقم هذا الإعاقة فإن الدم يتجه إلى أوردة أخرى بشكل متزايد مثل الأوردة الموجودة في النهاية السفلى للمريء والجزء العلوي للمعدة، مما يؤدي إلى تضخمها وانفجارها في نهاية الأمر محدثة بذلك نزفاً في شكل قيء دموي (Hematemesis).

وفي النهاية فإن هذا التلف في خلايا الكبد قد يؤدي إلى سرطانة الكبد أو إلى الفشل الكبدي (Liver Failure).

ولكن ذلك عادة مايستغرق عدة عقود ليصل إلى هذه النتائج الوخيمة، ولذلك فإنه يقال أن فيروس الالتهاب الكبدي يجب أن يُبقي عائله حياً، ويقول أحد الباحثين: «إنه آله حياة أكثر من أن يكون آلة قتل».

وربما يكون هذا الفيروس أكثر الفيروسات كفاءة في مملكة الفيروسات. ومع استثناءات قليلة فإن مرض التهاب الكبد "C" يتحرك في سرعة هادئة، ويموت معظم المصابين بالمرض نتيجة لأسباب أخرى قبل أن يبدأ فيروس التهاب الكبد "C" مشاكله، خاصة في الذين اكتسبوا العدوى في مرحلة متأخرة من حياتهم. وفي معظم الحالات لاتظهر الأعراض حتى يكون قد انقضى عقدان أو ثلاثة بعد اكتساب العدوى.

لقد أصبح تسلل فيروس التهاب الكبد "C" أمراً محبطاً للأطباء وعلماء الوبائيات على السواء، ما الذي سوف يحدث لكل مصاب؟ فإننا لانستطيع توقع نهاية كل حالة من الحالات ـ هل ستنتهي بتشمع؟ ومن هو الذي سوف يحيا حياة طبيعية؟ وقد يموت بعض المصابين من أسباب أخرى بعيدة عن التهاب الكبد "C"، وقد يسبب الفيروس تلفاً شديداً في الكبد باشتراكه مع عوامل أخرى. وعموماً لا أحد يعرف ما إذا كان الفيروس سوف يسبب تلفاً بسيطاً أو قد يؤدي في النهاية لفشل كبدي.

*** تقييم الخطر:**

رغم أن نتائج الإصابة ومستقبليتها غير مؤكدة، إلا أنه ليس هناك شك في كيفية انتقال الفيروس من المصاب إلى السليم وذلك عبر التعرض لدم المصاب سواء كان ذلك بالإبر الملوثة أو نقل الدم الملوث أو مشتقاته أو زرع عضو من شخص مصاب.

ولحسن الحظ فإن الاختبارات المتقدمة لفحص دم المتبرعين بحثا عن المصابين بالفيروس (HCV) والتي استحدثت عام 1990، قد قللت كثيراً من أخطار نقل الدم. إن احتمالات العدوى الحديثة اليوم تقل عن واحد لكل 100,000 وحدة دم منقولة. ومع ذلك فإن العاملين في الرعاية الصحية يواجهون خطر نقل العدوى إليهم. ويقدر عدد المعرضين منهم للإصابة فيما بين 3.5 إلى 10٪. وفي عام 1991 تم عمل دراسة على أطباء الأسنان في نيويورك فوجد أن 9٪ منهم لديهم عدوى التهاب الكبد "C".

وهناك دراسة واحدة تتبعت الإصابة بالعدوى نتيجة رش الدم إلى عيني أحد العاملين في الرعاية الصحية. ولذلك فهناك خطر كبير يواجه هؤلاء المتعاملين مع الدم مثل فنيي المختبرات والهيئة التمريضية والأطباء.

ونادراً ماينتقل الڤيروس من خلال الاتصال البشري العارض، ومع ذلك فإن معظم الدراسات أشارت إلي أن سوائل الجسم - عدا الدم - لاتحتوي على ڤيروس التهاب الكبد "C". وبالإضافة إلى ذلك فإن معظم الاستقصاءات تشير إلى أن مسألة انتقال الڤيروس عبر الاتصال الجنسي تعد موضع شك. ومعظم الدراسات التي أجريت على المتزوجين لفترات طويلة مع وجود إصابات بڤيروس التهاب الكبد "C" وجد أن نسبة انتقال المرض بين الزوجين لاتتعدى 5٪. وعلى العكس من ذلك فإن هناك دراسة يابانية نشرت عام 1994، تقول بأنه قد وجدت أضداد لڤيروس التهاب الكبد "C" في حوالي 27٪ لرفقاء (أزواج أو زوجات) المصابين بهذا الڤيروس. إلا أن هذه الدراسة لم تستبعد احتمالية انتقال العدوى عبر طريق آخر (غير الاتصال الجنسي) أو مصادر أخرى.

ويتفق معظم الباحثين على أن انتقال المرض عبر الاتصال الجنسي أمر ممكن، إلا أن الأدلة التي كتبت ذلك غير كافية.

ولهذا السبب فإن مؤسسة الكبد الأمريكية ومراكز علاج الأمراض والوقاية منها لاتشجع المصابين بڤيروس التهاب الكبد "C" أو رفقاءهم على تغيير عاداتهم الجنسية أو استخدام الواقي الذكري (Condom) في المتزوجين من زوج أو زوجة واحدة طوال فترة عمرهم.

وتشير الدراسات إلى أن الزوج أو الزوجة الذي لاينتقل له المرض من شريكه المصاب بالڤيروس فإن احتمال إصابته بعيد، ولكن لايستطيع أحد القول بأن ذلك لن يحدث أبداً.

ولأن الخطر غير واضح، فإن المصابين بالڤيروس يناقشون دائماً هذا الأمر حتى يمكن اتخاذ الاحتياطات اللازمة مع أزواجهم أو زوجاتهم.

ويعد اتخاذ الاحتياطات في هذا الأمر ضرورياً خاصة في ذوي المناعة المنخفضة.

عموماً فإن مستويات ڤيروس التهاب الكبد "C" ترتفع نتيجة لاستخدام الأدوية المثبطة للجهاز المناعي (Immunosuppressives) (وهذه مشكلة خاصة في المرضى الذين يواجهون عمليات زرع الأعضاء). على سبيل المثال عند استخدام هؤلاء المرضى لعقار الكورتيزون.

يقرر بعض الخبراء بأن هذه الزيادة في مستوى الڤيروس تجعل المريض أكثر عدوائية (Infectivity)، مما يزيد من احتمال تواجد الڤيروس في المني (Semen) أو اللعاب.

وكما هو الحال بالنسبة لڤيروس العوز المناعي البشري (HIV) فإن طريقة انتقال الڤيروس قد تحمل في طياتها وصمة عار للمصاب. وقد لايخجل المريض من الإصابة عبر نقل الدم، إلا أن ذلك يصاحبه خجل وعار إذا كانت الإصابة نتيجة لإدمان المخدرات عبر الوريد في الماضي خاصته إذا كانت لكنة (Accent) الطبيب فيها شيء من النقد.

وأنت لا تعلم إذا كان المريض يخبرك بالحقيقة أم لا، وينصح العاملون في الرعاية الصحية بالحصول على التاريخ المرضي الكامل للمريض والاستفسار عن كل الأنشطة الخاصة به في الماضي. وكثيراً ما يكتشف كثير من المرضى عند عمل فحوص للدم لأمراض أخرى أنهم مصابون بڤيروس التهاب الكبد "C".

*** التشخيص:**

يستطيع التهاب الكبد سواء كان نتيجة لإدمان الكحول أو للإصابة بڤيروس التهاب الكبد "C" - أن يسرب بروتينات تعرف بإنزيمات الكبد (وهي موجودة داخل الخلايا الكبدية) إلى تيار الدم. ولهذا السبب فإن ارتفاع إنزيمات الكبد يعني وجود تلف بالخلايا الكبدية.

وقد يكشف عن ارتفاع هذه الإنزيمات الكبدية في الدم عند عمل أي اختبارات روتينية للدم أو عند التبرع. ولقد اكتشف آخرون أنهم حاملون للمرض عند التبرع بالمني. ورغم أن العلاج محدد حتى الآن، إلا أن الأطباء اتفقوا على أن التشخيص المبكر قد يساعد في تجنب تعقيد المشكلة إذا قام المريض بتعاطي الكحوليات.

ويقول بعض الأطباء المتخصصين في هذا المرض أن أطباء الرعاية الصحية الأولية ألفوا تكرار حالات التهاب الكبد "C"، إلا أنه تعوزهم المعلومات الضرورية لتشخيص وعلاج هذه المعضلة.

وتقول تريزا رايت (Teresa Wright) رئيس قسم الجهاز الهضمي بالمركز الطبي في مدينة سان فرانسيسكو (San Francisco): المشكلة الأكبر ليست في أنه يقتل الناس ولكن في الظروف المرضية التي يسببها، مما يخرب حياة المصابين به فيصيبهم بالتعب والإرهاق والقلق الناجم عن إمكانية نقله للآخرين. ومما يزيد عذاب هؤلاء المرضى النصائح المتضاربة وغير الصحيحة التي يقدمها بعض الأطباء لهم. ومنذ عدة سنوات تقول الدكتورة كيفي (Keeffe) اختصاصية أمراض الكبد في جامعة ستانفورد (Stanford) لقد رأت مريضة طبيبا لديه معلومات محدودة عن التهاب الكبد "C"، فقال لها هذا الطبيب: أنها أصبحت معدية جداً للآخرين ويمكن أن تنقل العدوى لزوجها وأولادها، فما كان منها إلا أن توقفت عن ممارسة حياتها الزوجية مع زوجها، وأصبحت تجهز الطعام وهي مرتدية القفاز، لقد كان تركيزي في نصحها محدداً وحاسماً فقلت لها: «عليك بخلع هذا القفاز، وعودي مرة أخرى إلى فراش زوجك»، وهناك ما هو أسوأ؛ فبدلاً من النصائح والمعلومات الكاذبة فإن بعض المرضى لايتلقون عملياً أية معلومات وأنهم عندما يعلمون إصابتهم بتشمع كبدي، يستنتجون أن ذلك شئ سيئ، كما أن بعض هؤلاء يُخْبَرون بأن هذا المرض يعني الموت بعينه.

* علاج التهاب الكبد "C"

على عكس الأشكال الأخرى لالتهاب الكبد، ليست هناك طريقة أكيدة لعلاج التهاب الكبد "C". والأدوية الوحيدة المصرح بها من قبل إدارة الأغذية والعاقير (FDA) هي الأدوية المعروفة بالإنترفيرونات (Interferons) من الأنواع ألفا 2α وبيتا 2β إلا أنها تسبب حدوث اكتئاب وقلق وهيوجية وارتفاع بدرجة الحرارة وآلام عضلية وأعراض نزلات البرد وحدوث حاصة (فقد للشعر) تجعل المرضى في حالة مرضية أكثر من تلك المسببة بالعدوى الڤيروسية نفسها، مما يجعلهم لا يفضلون تناول هذا العقار.

إن الإنترفيرون يوقف التكاثر الڤيروسي وينشط جهاز المناعة ويصبح أكثر فعالية لو تم تعاطيه في مرحلة مبكرة من العدوى. ويحقن الإنترفيرون (5,000,000-3,000,000 وحدة) ثلاث مرات في الأسبوع لمدة تتراوح من 12 إلى 18 شهراً. يستطيع الإنترفيرون القضاء على الڤيروس في نسبة من المرضى تصل إلى 50٪، إلا أن العديد منهم يصاب بنكسة (Relapse) بعد إيقاف الدواء.

وللتاريخ فإن 20٪ فقط من المرضى الذي يتعاطون هذا الدواء، تظل فيهم مستويات الإنزيمات الكبدية في معدلاتها الطبيعية، كما لاتظهر عليهم علامات المرض ولمدة ثلاثة شهور بعد إيقاف الدواء. وهذا الدواء مكلف جداً حيث يكلف المريض مبلغاً يتراوح من 8,000 إلى 10,000 دولار سنوياً.

جدير بالذكر أن المرضى الذين لا يبدون تحسناً في خلال الأسابيع الأولى للعلاج بالإنترفيرون، فإنهم لن يتحسنوا حتى لو زادت جرعة الإنترفيرون. يقاس تحسن المريض

بعودة الإنزيم ALT إلى معدلاته الطبيعية وتحسن الصورة النسيجية للخزعة الكبدية.

إن زراعة الكبد (Liver Transplantation) هي خيار منقذ لحياة المريض، إلا إنه في معظم حالات التهاب الكبد "C"، يصاب الكبد الجديد بعدوى المرض. ويستطيع هذا الالتهاب تحطيم عدد من الحالات المستزرعة يقدر بنحو 5٪ إلى 10٪. ويجب ألا ننسى أن تكلف زراعة الكبد تقدر بمبلغ 250,000 دولار أمريكي أو أكثر.

ولقد ذكرت حديثاً إحدى الدراسات اليابانية أن الإنترفيرون يمنع تحول المرض إلى السرطانة الكبدية.

وبجمع معلومات أكثر عن المصابين بالتهاب الكبد "C" يستطيع الطبيب المختص أن يقرر أي العلاجات التي سيستفيد منها المريض. ويقرر الباحثون بأن هناك نوعاً فرعياً (Subspecies) يسمى النمط الجيني 1 هو الأقل استجابة للإنترفيرون، إلا أن عملية تحديد النمط الجيني تكلف مبلغاً يتراوح من 150 دولار إلى 200 دولار لكل مريض، وهذا العمل يجرى الآن لمجرد عمليات البحث العلمي.

وهناك عقاقير أخرى قيد البحث مثل عقار الريباڤيرين (Ribavirin)، وهذا الدواء يشبه دواء الزيدوڤودين (AZT) المستخدم في محاولات علاج مرض الإيدز.

ويستطيع كل من هذين العقارين أن يحبط مقدرة الڤيروس على نسخ نفسه. وإذا تم تعاطي الريباڤيرين مع الإنترفيرون فإن الريباڤيرين ينشطه ويسرع من مفعوله.

وتقوم شركات أدوية عديدة بدراسة مثبطات البروتياز (Protease inhibitors) ـ وهي مجموعة من الأدوية تستطيع محاربة ڤيروس الإيدز إلا إذ أنها تمنع الڤيروس من تنفيذه للخطوة الأخيرة في عملية تكاثره.

وهناك بعض المرضى المثقفين أو بعض المرضى اليائسين يتحولون إلى علاجات أخرى مثل العلاج بنبات شوكي يُدعى حشيشة اللبن (الصقلاب) (Milkweed Thistle) والڤيتامينات أو بالأعشاب الصينية.

لقد فصل الباحثون في مراكز اللقاح بكاليفورنيا مجين (Genome) التهاب الكبد "C" ويحاولون الآن عمل لقاح له إلا أن الأمور تسير ببطء شديد.

يقوم الڤيروس بعمل طفرات سريعة ولذلك فمن الصعب إيجاد جزء ثابت يكفي لإجراء الأبحاث عليه.

فضلاً عن ذلك لاتوجد نماذج حيوانية رخيصة، حيث يصيب الڤيروس الإنسان والقردة العليا (الشمبانزي)، حتى يمكن إجراء التجارب عليها.

كما أن اللقاح الذي يعمل ضد نمط جيني معين لايقي من الإصابة بنمط جيني آخر.

لقد أوجد الباحثون على الأقل اثنين من اللقاحات المشجعة خلال الخمس سنوات الأخيرة، ويأمل الباحثون في أن يدخل واحد من هذه اللقاحات والخاص بالنمط الجيني 1 في الإستخدام البشري خلال الشهور القليلة القادمة.

وفي نفس الوقت تتحمس شركات التقنيات الحيوية (Biotechnology) لتعرف المزيد عن التهاب الكبد والوقاية منه وعلاجه. ومن الناحية التجارية، فإن التهاب الكبد المزمن يعطي رواجاً لصانعي الدواء يصل حالياً إلى عدة بلايين من الدولارات، حيث أن هذا المرض ثاني أكبر الأمراض المُعدية على مستوى العالم بعد الملاريا (Malaria).

*** نظرة للمستقبل:**

حتى يعطينا العلم إجابات أكثر، ويقدم لنا حلولاً... فإن مرضى التهاب الكبد "C" عليهم أن يقهروا تحديات الحياة.

ـ *تقول إحدى المريضات:*

إن أصعب شئ هو أن تنتظر زراعة الكبد، وتستطرد قائلة: «أنا لم أكن حقيقة جاهزة لزراعة الكبد وأفضل أن أنتظر طويلاً حتى يأتي لنا العلم بأدوية فعالة لعلاجي. وصعوبة الإنتظار في إنك لاتعرف كيف ستكون صحتك من يوم لآخر وكيف ستكون غداً، وهل ستكون لديك القدرة على العمل؟ فإنك لاتعلم. وإذا أصبت بأي مرض هل ترجعه للإلتهاب الكبدي أم لغيره؟ إنك لاتعرف على وجه التحديد...».

ـ الإجراءات المتبعة لاكتشاف فيروس التهاب الكبد "C" (المتفشي الصامت):

* يعد أطباء الرعاية الأولية أول من يكتشف علامات مرض التهاب الكبد "C" من خلال المستويات غير السوية لإنزيمات الكبد أثناء إجراء بعض الفحوص الروتينية.

* يجب التعرف على المريض من كل ناحية مثل نمط حياته وحاضره وماضيه، وهل تناول أدوية بالوريد أو قد نقلت له دماء.

* لا تهمل أي شذوذات في الاستقصاءات التي أجريتها للمريض خاصة مستوى إنزيم ناقلة الأمين الألانينية (Alanine Aminotransferase; ALT) في المصل والذي يشير إلى وجود تلف بخلايا الكبد. مع العلم بأن معظم المصابين بفيروس التهاب الكبد "C" لاتكون لديهم أية أعراض، كما أن ثلث المصابين لايظهرون حتى أية زيادة في مستوى الإنزيم ALT.

* بعد ذلك يجب إجراء اختبار وجود أضداد فيروس التهاب الكبد "C"، وهذا الاختبار عبارة عن مقايسة مناعية إنزيمية (Enzyme Immunoassay; EIA) ويتكلف مبلغ 80 دولاراً، وهو دقيق بنسبة 90٪. وهناك اختبار آخر لوجود هذه الأضداد وهو اختبار مقايسة اللطخة المناعية التأشبي (Recombinant Immunoblot Assay; RIBA) ويتكلف هذا الاختبار حوالي 190 دولاراً، وهو مفيد في تأكيد نتائج اختبار (EIA). وكل من هذين الاختبارين يستطيع الكشف عن حدوث العدوى بفيروس التهاب الكبد "C" في خلال ثلاثة شهور مضت.

* وهناك اختبار آخر يكشف عن وجود رنا (RNA) الفيروس نفسه في الدم، وهذا الاختبار يتكلف 250 دولاراً ويمكن تأكيد حدوث العدوى من خلال شهر من حدوثها.

* وهناك اختبار آخر يمكن به التعرف علي السلالة الخاصة لفيروس التهاب الكبد "C" وهذا الاختبار يتكلف حوالي 300 دولار، ويفيد الاختبار في معرفة الاستجابة للعلاج بالإنترفيرون) (النمط الجيني 1 أكثر الأنماط مقاومة للعلاج بالإنترفيرون). وغالباً مايستخدم هذا الاختبار في تحديد النمط الجيني في العمل البحثي.

* وتعد الخزعة الكبدية الطريقة الوحيدة الدالة على التلف الكبدي الناتج عن الإصابة بفيروس التهاب الكبد "C".

* بعد الكشف عن إصابة شخص ما بفيروس التهاب الكبد "C"، عليك بتحويله إلى اختصاصي في أمراض الكبد حيث أن المعلومات في هذا الاختصاص متغيرة ومتجددة بسرعة، وعليك أن تكون على اتصال بالمريض ولكن دع الاختصاصي يحدد مستقبلية المريض ويتابع علاجه.

* التعايش مع التهاب الكبد "C":

يكاد فيروس التهاب الكبد "C" يكون موجوداً وباستمرار مع معظم المرضى المصابين به، إلا أن العديد منهم لايبدون أية علامات لمرض كبدي ويشعرون بأن

صحتهم جيدة، ولاتتطور حالتهم إلى حالة مرضية شديدة، وهنا يجب مساعدة هؤلاء في التغلب على الفيروس ومقاومته.

* قم بتشجيع المرضى بأن يحيوا حياة طبيعية كلما أمكن فلن يغادر الفيروس أجسام مرضاه ولهذا فإن المريض يشعر بأنه أفضل إذا تقبل وجوده في جسمه، وساعد هؤلاء المرضى على أن يفكروا بشكل إيجابي حيث أن معظمهم لاتتفاقم حالاتهم المرضية، كما أن معظمهم لاتتطور حالاتهم إلى الفشل الكبدي.

* قم بتحذير هؤلاء المرضى ليتجنبوا إصابة الآخرين بعدوى فيروس التهاب الكبد "C" من خلال تغطية الجروح المكشوفة وتجنب المشاركة في فرش الأسنان وأمواس الحلاقة والأشياء التي قد تنقل العدوى عبر الدم، كما أنهم لايجب أن يتبرعوا بالدماء أو المني أو الأعضاء.

وانصحهم بأن يخبروا أطباء الأسنان بحقيقة مرضهم وأن يخبروا أولئك المعرضين لدماء المرضى مثل فنيي المختبرات ليأخذوا حذرهم ويتجنبوا التقاط العدوى.

* طالب المرضى بأن يأخذوا الأمر ببساطة، حيث يحبط التعب والإجهاد مرضى التهاب الكبد "C"، ولذلك قم بتشجيع هؤلاء المرضى ليركنوا إلى حياة هادئة بعيدة عن التوتر مع فترات متكررة من الراحة والنوم.

* قم بتقديم النصائح الموضحة لأخطار الكحول والأدوية، حيث يجب أن يتجنب المرضى تناول الكحول، كما يجب أن يكون هؤلاء المرضى حذيرين عند تعاطي عقار الأسيتامينوفين [أو الباراسيتامول] (Acetaminophen) (مُسَكِّن)، مع الكحول في نفس ذات الوقت ـ إن إعطاءهما سوياً يسبب تلفاً كبدياً. وهناك أدوية كثيرة مؤذية للكبد ولذلك فعليك بإخبار طبيبك وبإصابتك بفيروس التهاب الكبد "C" حتى يتجنب هذه الأدوية.

* يوصى بإعطاء بعض اللقاحات ضد أمراض معينة مثل لقاحات التهاب الكبد "A" والتهاب الكبد "B" لأي حامل لفيروس التهاب الكبد "C".

* قم بتحذير المريض بأن المطببات البديلة من الأعشاب والفيتامينات والتي تبدو غير ضارة، إلا أن الجرعات الكبيرة لبعضها (مثل الفيتامين A) يمكن أن تسبب تلفاً بخلايا الكبد، ولذلك انصحه بأن يستشيرك قبل أن يتناول أي عقار أو عشب أو أية معالجة غير تقليدية.

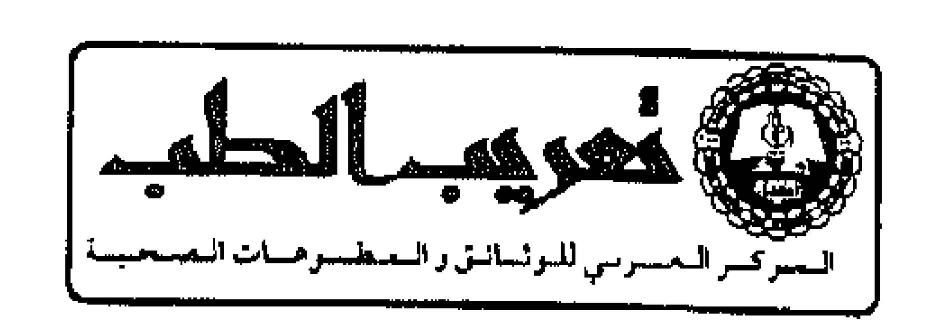
* قم بفحص المرضى بشكل دوري حيث يستطيع اختصاصي أمراض الكبد الوصول إلى طرق العدوى والتغيرات التي تطرأ على المريض ويستطيع التعرف على المشاكل المرتبطة بالمعالجة ويستطيع أن يقدم كل ماهو جديد في العلاج عندما يكون ذلك متاحاً.

* ويمكن أن تقترح على المريض أن يظل على اتصال بأحد التجمعات المهتمة بالبحث في أمور التهاب الكبد "C". ويوجد على شبكة الإنترنت أحد هذه التجمعات وعنوانها على شبكة الإنترنت (www.hepnet. com) حيث يمكن الاستفادة بكل ماهو جديد في مرض التهاب الكبد "C".

* ويمكن أن تقترح على المريض عمليات زرع الكبد والتي قد تكون أحد خيارات العلاج في الحالات المتقدمة رغم أن فيروس التهاب الكبد "C" سيصيب الكبد الجديد، إلا أن مرضى كثيرين قاموا بإجراء هذه العملية فاسترجعوا صحتهم وعادوا إلى أعمالهم يمارسونها بشكل كامل في خلال سبعة شهور.

*** Bibliography:**

References for this article are available from ACML on requst.



المجلد2 ، العدد3
نوفمبر 1998

أنواع أخرى من التهاب الكبد

*** مقدمة:**

هناك على الأقل خمس أنماط من الفيروسات، مشار إليها بالأحرف الأبجدية الخمس الأولى، مسؤولة عن أكثرية ساحقة من حالات حادة ومزمنة من التهاب الكبد المرتبط بالفيروسات ـ أما التهاب الكبد من النمط G فقد تم وصفه حديثاً ولكن لا تزال الأدلة على إدانته قاصرة كمسبب هام لالتهاب الكبد البشري .

وبالإضافة فإن هناك عدداً كبيراً من العوامل الفيروسية الأخرى التي تسبب الأمراض الالتهابية الحادة للكبد ومن أبرزها الفيروس المضخم للخلايا (Cytomegalovirus; CMV) وفيروس إبشتين ـ بار (Epstein-Barr) وفيروس الحلأ البسيط (Herpes simplex Virus). وتنتج العدوى بهذه الفيروسات، نمطياً، مظاهر سريرية تغطي أو تخفي اكتناف الكبد.

* فيروس التهاب الكبد من النمط D (HDV) :

هذا الفيروس المتميز يكون في العادة ناقص التكوين ويحتاج إلى فيروس التهاب الكبد B لاستكمال فوعته. فمجين الرنا (RNA Genome) مغطى بطبقة من مستضد سطحي (Surface Antigen) للفيروس B. وينتشر الفيروس (HDV) في أنحاء كثيرة من العالم ولكنه متوطن (Endemic) في أقاليم معينة تشمل حوض البحر المتوسط وشبه جزيرة البلقان والاتحاد السوفيتي السابق وفي أجزاء من أفريقيا والشرق الأوسط وحوض الأمازون في أمريكا الجنوبية. ويكون الانتشار النمطي في هذه الأقاليم داخل العائلة (Intrafamilial) وعن طريق الاتصال الجنسي.

وعدوى فيروس التهاب الكبد D ليست شائعة في عامة المواطنين في الأقاليم غير المتوطنة (Non-Endemic) مثل أمريكا الشمالية، ولكنه يحدث لمستعملي المخدرات بالحقن الوريدي والأشخاص المعرضين دائماً لنتاج الدم ـ مثال مرضى الناعور (Hemophiliacs) بالإضافة إلى المتصلين بهم جنسياً.

ويعتمد المسار السريري بدرجة كبيرة على ما إذا كان الفيروس قد اكتُسِبَ كعدوى مشتركة مع فيروس التهاب الكبد B أو كعدوى متراكبة (Superinfection) في شخص مع عدوى مزمنة متوطدة أساساً بفيروس التهاب الكبد D. وعندما يكون اكتساب فيروس HDV عدوى مشتركة (Coinfection) فإن نتيجة هذه العدوى تكون، نمطياً، التهاباً كبدياً حاداً ومحدداً للذات، بالرغم من أن الالتهاب الكبدي الخاطف (Fulminant) والوفاة قد تم وصفهما جيداً. أما إذا كانت العدوى متراكبة فإن المسار النمطي يكون التهاباً كبدياً سريع التطور ومزمناً.

وتعــتــمــد الوقــاية مـن الـقــيــروس HDV على لقــاح الـقيروس HDV في الأشخاص الذين هم عرضة لاكتساب القيروس. وينصح المرضى المصابين بعدوى القيروس HDV المزمن والمعرضين لاختطار الإصابة بعدوى القيروس HDV أن يتــجنبـوا الحــقن الوريدي والتــعــرض الجنسي اللاواقي (Unportected Intercourse).

* التهاب الكبد من النمط E (HEV):

التهاب الكبد من النمط E نوع محدد ذاتيا من أنواع التهاب الكبد القيروسي والذي ينتشر غطياً عن طريق المياه الملوثة بالبـراز. كمـا يحـدث بصـورة مـتـوطنة في البلدان النامية وقد كان مسؤولاً عن أوبئة اكتنفت آلاف الحالات في مناطق في آسيا وأفريقيـا وأمريكا الوسطى. وبالرغم من احتمالية كون القيروس HEV هو السبب الشائع جداً للالتـهـاب الـكبدي الـقيـروسي المنتـشر عـالميـاً، إلا أنه في الواقع لم يسمع به في أمريكا الشمالية. حيث قد وصفت حـالات نادرة للمـســافـرين العـائدين من مناطق مـتـوطنة (Endemic Regions).

والعلامة المميزة (Hallmark) لعدوى القيروس HEV هي مـعدله العالي للوفـيـات عندمـا تحدث العدوى في الحمل وخـصــوصـاً فـي الثلث الأخـيـر منه. ولا يتــوفــر لقــاح القـيـروس HEV إلى الآن، ومن المسـتـبـعـد جـداً أن يوفـر مـســتـجـمع الجلوبلين المنـاعي (Immunoglobulin Pool) المستمد من أمريكا الشمالية أية حماية من العدوى.

* التهاب الكبد من النمط F (HFV):

لقد وصف قيروس التهاب الكبد F (HFV) في حالات قليلة جداً تعد على الأصابع (من فـرنسـا) مع الانـتـقـال التــجـريبي التـالي إلى الرئـيـســات (Primates). وتظل المعلومـات عن المبـحث القـيـروسي (Virology) والوبئـيـات (Epidemiology) والانحـيـاز الـكبـدي (Hepatotropicity) والأهمية السريرية للقيروس HFV غير محددة تماماً.

* التهاب الكبد من النمط G (HGV) :

خـلال عـامي 1995 و1996، تم التـعـرف على عـدد من قيروسات الرنا (RNA) البشرية الجديدة، واكتشف ـ جزئيا ـ أنها قـد تسبب التهـاب الكبد الحاد والمزمن. تتـعلق هذه القـيـروسـات الجـديدة بالقـيـروس المصـفِّـر (*Flavivirus*)، المسبب لالتهـاب الكبد C، لكنها تختلف عنه. وقـد تعـرف الباحثون في مختبرات شركة (Abbott) على ثلاثة من هذه القيروسات، وقد أطلق عليهـا أسمـاء (GB-A)، و(GB-B) و(GB-C). ومـن المحـتـمـل أن يكـون القـيـروسـان (GB-A) و(GB-B)، من القـيـروسـات القـردية التي تصـيـب قـرود التــمــارين (Tamarins)؛ لكن القـيـروس GB-C يمكنه أن يصيب البشـر. وقد تم التعـرف على التسلسلات المجينية لهذه القيروسات. وقد تعرفت مجموعـة بحثية أخرى في مـخـتـبـرات الشـركـة (Genelabs)، على كـامل التـسلسل المجيني لقيـروس أطلقوا عليه اسم قيروس التـهاب الكبد G (HGV). وبنـاء على مـقـارنات التـسلسل المجـيـني، يحـتـمـل أن يكون القـيـروس HGV هو نفـسـه القـيـروس GB-C.

ولا يزال الدور المحــدد للقــيــروس HGV/GB-C في إحداث المرض البشـري قيـد البحث حاليـا؛ وعلى أية حال، يعتقد أكثر الخبراء الآن بأن هذا القيروس ليس مسؤولا عن الحالات المؤثرة سريريا لالتهاب الكبد الحاد أو المزمن.

كان الدكتـور (GB) جراحا عمـره 34 سنة عندمـا أصيب بالتـهـاب الـكبـد. كـان مـصـله قـادرا على نقل العـدوى للقرود وكان «العميل GB» قد انتقل إلى القرود منذ عدة سنوات. ومن المعـروف أن ذلك القيـروس مـختلف عن بقـيـة قيروسات التهاب الكبد البشرية الأخرى (A,B,C,D,E) . وباسـتـعـمـال تقنيـة تسـمى التـحليل التـمـثيلي للاخـتـلاف (Representational Difference Analysis)، قام الباحثون بعـزل التسلسلات الوراثيـة في المصل المعدي لقرد من نوع التـمـارين مصـاب بالعـمـيل GB (GB agent). وقـد أظهـر التــحليل أن «العـــمـــيل» GB يحــتــوي على اثنين من

تسلسلات الفيروسات المصفِّرة المتعلقة بفيروس التهاب الكبد C، ولكنها مختلفة عنه. وتقترح هذه الاكتشافات بأن الفيروسات المصفرة الجديدة قد تسبب التهاب الكبد في البشر وغيرهم من الرئيسات (Primates).

ينتشر التهاب الكبد G بشكل عالمي وقد اكتشفت حالات الإصابة به في أفريقيا، وفي استراليا، وأيضا في آسيا، وأوروبا وأمريكا الشمالية.

اكتشف الفيروس HGV في عام 1996 من قبل علماء الشركة (Genelabs)، بالتعاون مع الباحثين في مراكز السيطرة على الأمراض (المراكز CDC) والمعاهد الوطنية للصحة (NIH)،كجزء من برنامج يهدف للتعرف على العوامل المُمرضة البشرية المسؤولة عن تسبيب التهاب الكبد من غير الأنواع A وحتى E.

وقد تم تجميع البيانات المتعلقة بالأهمية السريرية ومعدلات انتشار الفيروس، باستخدام مقايسات مستندة للحمض النووي للفيروس HGV، كما يوشك الباحثون على الانتهاء من تصنيع مقايسات (Assays) تجارية لتشخيص المرض.

يرتبط الفيروس HGV بالتهاب الكبد الحاد والمزمن، وقد لوحظ أن العدوى النشطة قد تبقى حتى 9 سنوات. يمكن أن ينتشر الفيروس HGV عن طريق نقل الدم، كما يمكن أن يُكْتَسَب بالتعرض للدم ومنتجات الدم.

وقد أبرمت الشركة (Genelabs) اتفاقيتين عالميتين لتسويق المقايسات التشخيصية والمسحية (Screening Assays) للفيروسHGV: إحداهما مع الشركة الألمانية (Boehringer Mannheim)، والأخرى مع شركة (Ortho Diagnostic Systems) الأمريكية.

*** التنسيل الجزيئي وتحليل الفيروسHGV:**

على الرغم من وجود اختبارات حساسة ونوعية لكشف فيروسات التهاب الكبد المعروفة، تبقى أسباب جزء هام من حالات التهاب الكبد التالي لنقل الدم (Post-transfusion Hepatitis) وتلك المكتسبة مجتمعيا، غير واضحة على وجه التحديد، مما يقترح وجود عوامل عدوائية أخرى مرتبطة بالتهاب الكبد.

وقد أمكن تمييز الفيروس الرناوي الجديد في البلازما باستعمال المقاربة المناعية PNF2161 في مريض بالتهاب الكبد المزمن.

وقد سمي الفيروس الجديد مبدئيا «فيروس التهاب الكبد G» (HGV). ويقترح تحليل تسلسل الفيروس، أن مجين الفيروس HGV يتكون من نحو 2900 حمض أميني؛ وهي تتضمن مواضع محفوظة إلى حدٍ كبير: لكل من إنزيم الهليكاز (Helicase)، والبروتياز 2 (Protease 2)، وبوليمراز الرنا المعتمد على الرنا (RNA-Dependent RNA polymerase).

وتشبه منظومة الفيروس HGV، نظيراتها في بقية أفراد عائلة الفيروسات المصفِّرة. يكشف تحليل تنادد التسلسل (Sequence Homology Analysis) مع بقية أفراد عائلة الفيروسات المصفِّرة، أن الفيروسات الأقرب إلى الفيروس HGV، هي الفيروسات الشبيهة بالمصفرات (Flavi-like)، والمسببة لالتهاب الكبد في البشر والحيوانات، وهي الفيروسات GBV-A، وHCV، وGBV-B.

تتعلق الجينات اللابنيوية (Nonstructural) لهذه الفيروسات بالفيروس HGV. وعلى العكس من ذلك، فإن تسلسل الجينات البنيوية المتوقعة للفيروس HGV، لم تكن لديه علاقة فعلية بمثيلاته في الفيروس HCV، وGBV-B، بالإضافة إلى علاقة محدودة بالفيروس GBV-A.

*** عدوى الفيروس HGV التالي لنقل الدم:**

أظهرت التحليلات المصلية المرتبطة بنقل الدم في الحالات المصابة بالتهاب الكبد اللا ألفي واللا بائي

(NANBH)، بالإضافة إلى تقدم الاختبارات التشخيصية لالتهاب الكبد C (HCV) ، أن نسبة من الحالات كانت غير مرتبطة بالفيروس HCV، مما يقترح وجود عميل إضافي (non-ABC). وفي تحليل استعادي (Retrospective)، أجري في الولايات المتحدة، وجد أن 12 من 98 حالة شخصت سابقا على أنها لالتهاب الكبد NANB، كانت أقرب للتشخيص non-ABC.

لم يكن بالإمكان تفريق هذه الحالات عن التهاب الكبد C، استنادا إلى طول فترة الحضانة فقط، لكن هذه الحالات كانت تميل لأن تكون أخف حدة من الناحية السريرية؛ فلم تصب أي منها باليرقان (Jaundice)، مقارنة بنحو 30٪ من حالات الإصابة بالفيروس HCV، كما كانت ذروة مستويات إنزيم ناقلة الأمين الألانينية (ALT)، أقل من نصف مثيلاتها في حالات الإصابة بعدوى الفيروس HCV (302 وحدة/لتر، مقابل 708 وحدة/لتر)؛ كما بدا أيضا أن التهاب الكبد المزمن أقل حدوثاً.

تقترح تلك البيانات وغيرها ما يلي:

1- تنتقل عدوى الفيروس HGV عن طريق نقل الدم، كما يتضح من العلاقة التزامنية بين رنا الفيروس HGV وبين نقل الدم، وغياب الفيروس HGV في المجموعة الشاهدة التي لم تتلق نقل الدم.

2- يسبب الفيروس HGV مرضا معتدلا عموماً، كما يكون معدل انتشاره متساويا بين المرضى ذوي المستويات المنخفضة للإنزيم ALT، وبين أولئك الذين تنطبق عليهم المعايير البحثية لتشخيص التهاب الكبد

3- يمكن أن تتزامن العدوى بكل من الفيروس HGV والفيروس HCV. مما يؤدي لعدوى مترافقة باقية (Persistent Coinfectio).

4- يمكن أن تبقى عدوى الفيروس HGV وتترافق بالتهاب الكبد المزمن؛

5- تبلغ معدلات انتشار الفيروس HGV في المتبرعين بالدم أعلى من معدلات انتشار الفيروس HCV، كما أنها غير مرتبطة بمستوى الإنزيم ALT لدى المتبرع.

*** الإنترفيرون والتهاب الكبد G:**

تمت دراسة تأثير المعالجة بالإنترفيرون (Interferon) على تكاثر الفيروس HGV بطريقة استعادية (Retrospective) في المرضى بالعدوى المزدوجة، والذين تلقوا مقررات علاجية لعلاج التهاب الكبد المزمن نتيجة لأي من الفيروسين HCV أو HGV؛ وبرغم أن الفيروس كان يبدو حساسا للإنترفيرون أثناء فترة علاج المريض، فقد انتكست جميع الحالات عند توقف العلاج.

ومن المحتمل أن يكون ذلك متعلقا بجرعة الإنترفيرون أو طول فترة المعالجة، ويجب أن تضع الدراسات المستقبلية في اعتبارها هذه المتغيرات.

ولم يتضح حتى الآن ما إن كان وجود الفيروس HGV يؤثر على مآل المعالجة بالإنترفيرون، لغيره من الفيروسات المنحازة للكبد (Hepatotropic) في العدوى المزدوجة (Dual Infection).

وخلاصة القول أن عدوى الفيروس HGV ترتبط بالتهاب الكبد في أغلبية المرضى قيد الدراسة. وهناك من المرضى، من تكون معدلات الإنزيم ALT لديهم طبيعية، لكن الدراسات الحالية لم تحدد ما إن كان هؤلاء مرضى أم مجرد حاملين للفيروس في صورة كامنة، مما يطرح الحاجة لإجراء المزيد من الدراسات.

ومما لا يقبل الشك ارتباط هذا الفيروس مع مرض الكبد المزمن، وكذلك وجوده في المرضى بالعدوى المزدوجة بسبب فيروس التهاب الكبد B أو الفيروس HCV. وعلى أية حال، فلا يزال دوره في التهاب الكبد الخاطف (Fuminant Hepatitis)، وفي سرطانة الخلية الكبدية (Hepatocellular Carcinoma)، غير معروف على وجه الدقة.

*** Bibliography:**

References for this article are available from ACML on request.

المجلد2 ، العدد3
نوفمبر 1998



تصوير الكبد والسبل الصفراوية

Imaging of the Liver and Biliary Tract

ترجمة: عبدالكريم جواد اسماعيل*

لقد تم تحديث الاستقصاءات الإشعاعية للكبد والسبل الصفراوية بثورة في علم التقنيات، فحلّت محل التصوير بالأشعة السينية تقنيات حديثة كالتفريس بفائق الصوت (Ultrasound Scanning)، والتفريس بالتصوير المقطعي المحوسب (C.T.Scanning)، والتصوير بالرنين المغنطيسي (MRI). وتسمح هذه التقنيات بالنظر المباشر للنسيج اللبي (Parenchyma) للكبد بالإضافة إلى الشجرة الصفراوية، وقد خفضت الحاجة إلى الإستقصاءات البضعية (Invasive) الإضافية.

وقد ساعدت التقنيات التدخلية (Interventional Techniques) أطباء الأشعة على أن يسهموا إسهاماً رئيسياً في معالجة الأمراض الحميدة، والخبيثة التي تصيب الكبد.

* التصوير العادي بالأشعة السينية (Plain Radiography):

ـ الحصوات المرارية (Gall Stones):

لقد جرت العادة أن يحصل على أفلام للصور الإشعاعية العادية عند البحث عن الحصوات المرارية، ولكن 20٪ فقط من الحصوات تقريباً عتيمة للأشعة. ولذا فقد انخفضت أهمية أفلام الأشعة العادية مع حلول التصوير بفائق الصوت، ولكنها لاتزال لها قيمة معينة عندما لايمكن التعرف على الحصوات المرارية بالتحديد بطريقة التصوير بفائق الصوت.

ـ تكلس جدار المرارة (المرارة الخزفية (Porcelain Gallbladder):

إن تكلس جدار المرارة له علاقة متزايدة بحدوث سرطان المرارة. ويشير المحتوى العالي للكالسيوم في الراوسب الصفراوية (والمسماة بالصفراء الكلسية [Lime Bile]) إلى التهاب الأوعية الصفراوية المزمن.

ـ تكلس الكبد:

يرى التكلس في النسيج اللبي في الكبد في المرضى المصابين بأمراض عدارية (Hydatid Diseases) وبأورام حبيبومية وبعض الأنماط المعينة من النقائل (Metastases) كتلك التي تنشأ من الأورام القولونية الأولية.

ـ غازات في الشجرة المرارية:

قد ترى هذه الغازات بعد بضع الأورام الحليمية (Papillotomy)، أو كنتيجة لناسور معوي ـ صفراوي

* اخصائي التحرير الطبي ـ «أكمل» .

(Bilio-enteric fistula). وبالإمكان التفريق بين هذا والغاز في الجهاز الوريدي البابي والذي يكون عادة نتيجة لاحتشاء الأمعاء عن طريق نمط تشكل (Pattern) الغاز الذي يرى في الأشعة السينية. ويرى الغاز في النسيج اللبي للكبد في المرضى الذين يعانون من خراجات في الكبد أو تال للانصمام العلاجي (Therapeutic Embolization).

* التصوير بفائق الصوت:

يعتبر التصوير بفائق الصوت تقنية لاجراحية، والتي بالإمكان استخدامها بجانب سرير المرضى مستعملين آلات متنقلة.

والتراكيب التي تعكس أشعة فائق الصوت تظهر ساطعة (فائقة الصدى Hyperechoic)، بينما التراكيب التي تنفذ أشعة فائق الصوت تظهر داكنة، (خافضة الصدى Hypoechoic). لقد أحدث التصوير بفائق الصوت ثورة في طرق الفحص في كلا النسيج اللبي للكبد والشجرة الصفراوية. فالتراكيب المحددة جيداً كالقنوات الصفراوية والتي لايزيد قطرها الداخلي (عيارها) عن حوالي 1ملم، تشاهد بوضوح، ولكن الآفات (Lesions) التي تكون عادة غير محددة الجوانب (Ill-defined) كالنقائل الكبدية يجب أن تكون أكبر من ذلك بكثير (5-10 ملم) لكي تكون مرئية بوضوح.

ـ *الآفات البؤرية (Focal Lesions)*:

الكيسات (Cysts):

تبدو الكيسات الكبدية الولادية (Congenital) كباحات مدورة، ملساء الجدران مع مروق واضح لأشعة فائق الصوت إلي ما وراء الآفة بسبب أن السائل الرائق داخل الكيسة يكون قليل التوهين (Low Attenuation) لحزمة الأشعة.

ويجب أن يشير وجود أصداء داخلية (Internal Echoes) في كيسة مفترضة (Presumed cyst) الريبة في أن الآفة ليست مجرد كيسة بسيطة، وإنما يشمل التشخيص التفريقي مرضاً عدارياً (Hydatid Disease) وخراجات (Abscesses) وأوراماً متنكسة (Degenerating Tumors) وآفات شبه كيسية (Quasi-Cystic) أمثال: الرسوبات اللمفومية المتجانسة (Homogenous Lymphomatous Deposits).

الأمراض العدارية:

بالإمكان اكتشاف المشوكة الحبيبية الكبدية *(Echinococous granulosus)* لدى التصوير بفائق الصوت، بكل سهولة، كتجويف كيسي، غالباً مايوجد في الفص الأيمن من الكبد. وفي 50٪ من الحالات تقريباً، تشاهد الكيسات الوليدة (Daughter Cysts) داخل الكيسات الأم (Mother Cysts)، حيث تبدو للعيان بمظهر متميز.

الخراجات:

قد يظهر مجرداً خراج على شكل باحة منخفضة الصدى (Hypo-echoic)، ولكن بعد أن تحدث الإسالة (Liquifaction) تشاهد آفة بمظهر أكثر تطابقاً لآفة غير منتظمة التكهف (Irregular Cavitating).

وقد تزداد سراية (Transmission) أشعة فائق الصوت عبر الخراج إذا كان القيح مائعاً (Watery Pus). وتكون الخراجات، في الغالب، عديدة المساكن (Multilocular)، كما أنها قد تكون عديدة (Mutiple). وهي أكثر شيوعاً في الفص الأيمن (من الكبد). وقد تشبه النقائل النخرية (Necrotic Metastases) الخراجات، وحين يوجد الشك، فإن الشفط بالإبرة الموجهة بأشعة فائق الصوت قد يكون تشخيصياً وعلاجياً في آن واحد.

الأورام الدموية (Hematomas):

غالباً مايشمل حدوث الأورام الدموية في الرضوح الحادة للأنسجة المحيطة بالكبد (Perihepatic) بالإضافة إلى النسيج اللبي للكبد. ويكون الفص الأيمن في أغلبية الأحيان مكتنفاً. وفي الأطوار المبكرة تظهر مناطق (Zones) خالية الصدى (Echo-free) في الكبد. ولكن ينتج التعضي (Organization)، وبشكل متزايد، مادة مولدة للصدى، والتي غالباً ما تتركز في منطقة حول سطح الورم الدموي مشكلة بذلك هالة (Halo).

الأورام الوعائية الدموية (Hemangiomas):

إن الأورام الوعائية الدموية عبارة عن آفات شعيرية صغيرة تظهر كتراكيب مولدة للصدى واضحة المعالم، لصيقة في الغالب لأطراف الكبد. أما الأورام الوعائية الدموية المتكهفة (Cavernous) فهي أقل شيوعاً وتظهر كفراغات غير منتظمة وخالية الصدى (Echo-free) داخل الكبد، وفي بعض الأحيان، قد تتحدد كذلك معالم وعاء دموي نازح أو مغذ.

الأورام الخبيثة:

قد تكون السرطانات (Carcinomata) الكبدية الخلوية (Hepatocellular) بؤرية (Focal) أو منتشرة.

وفي العادة تكون الكتل (Masses) البؤرية مدورة (Rounded) أو مفصصة (Lobular)، كما أنها في الغالب عديدة وقد تكون فائقة الصدى، أو خافضة الصدى. وتكون الآفات في الغالب محتوية على باحات نخرية أو تحتوي على باحات من النزف (Hemorrhage). وبالإمكان إثبات غزو أو إزاحة الأوردة الكبدية أوالوريد البابي.

تظهر النقيلات البؤرية بمظهر آفات شاغلة الفراغ (Space Occupying)، والتي تشوه (Distort) سطح الكبد أو التشريح الداخلي للكبد. وهي في الأغلب خفيضة الصدى، كما أن آفات فائقة الصدى أو مولدة لخليط من الأصداء (Mixed echogenicity) قد تتكون كذلك. وتكون النقائل فائقة الصدى، نمطياً، ثانوية للأورام التناسلية والمسالك المعدية ـ المعوية.

ـ *المرض الكبدي المنتشر (Diffuse Hepatic Disease):*

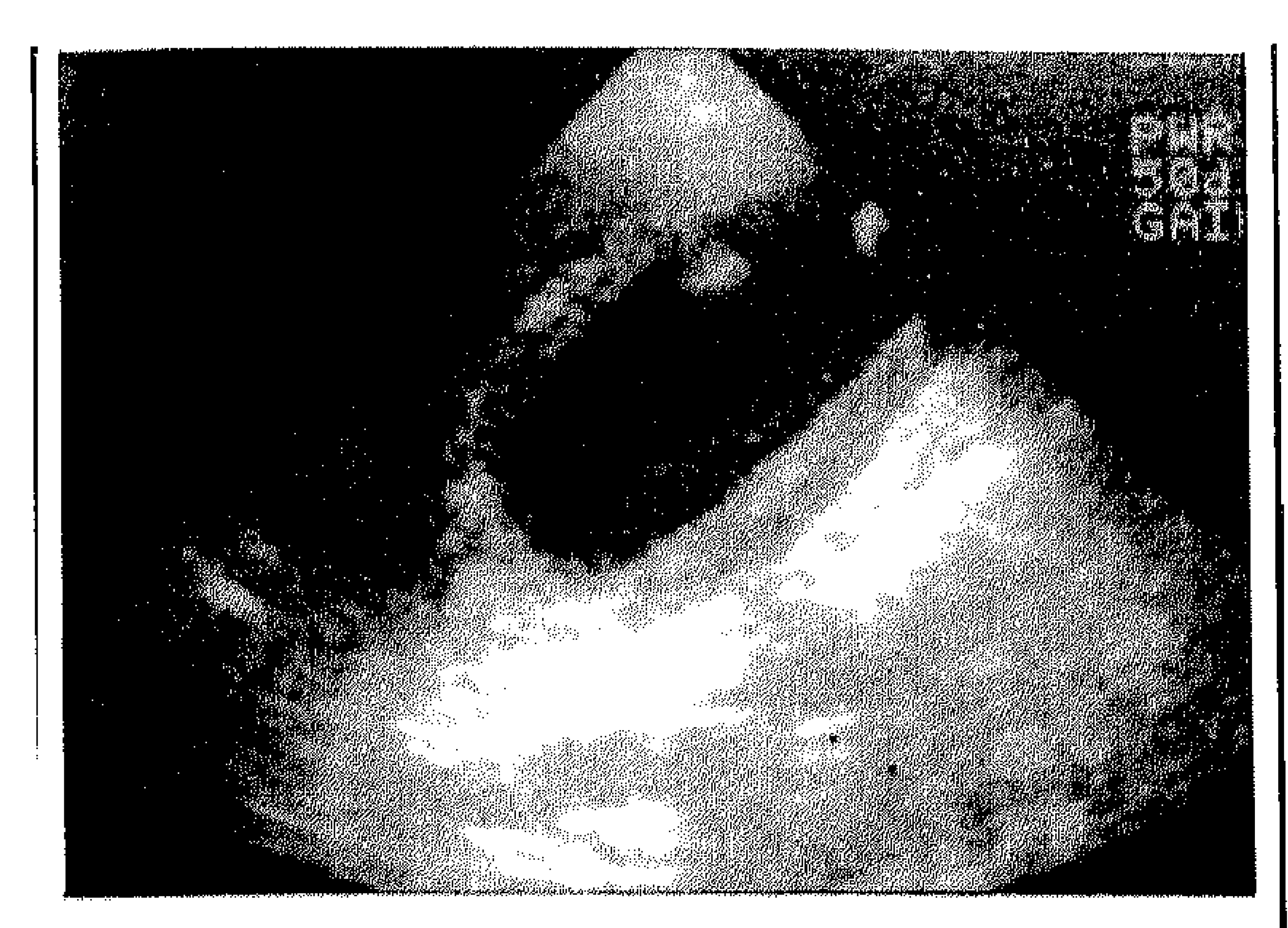
يؤدي الارتشاح الشحمي (Fatty Infiltration)، سواء كان مرتبطاً بالتشمع الكبدي(Cirrhosis) أو بصنوف أخرى من الاضطرابات المجموعية، مثال: الداء السكري أو التليف الكيسي أو سوء التغذية، إلى زيادة في توليد الصدى الكبدي. والارتشاح الشحمي يكون في العادة من النمط المنتشر (Diffuse) والمتناسق (Uniform)، ولكن قد تحدث كذلك توزيعات بؤرية (Focal Distribution)، فيجب ألا تلتبس هذه بعملية ورمية (Neoplastic Process).

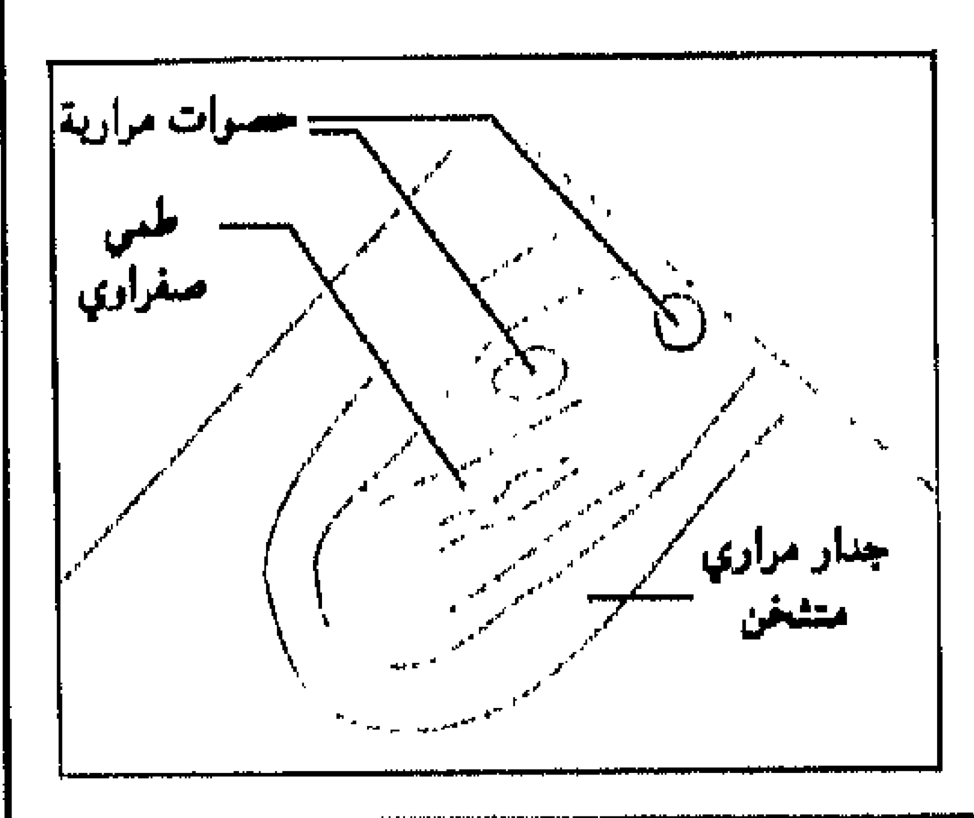
التشمع (Cirrhosis): تؤدي التغيرات في التدفق البابي (Portal Flow) إلى انكماش (Shrinkage) الفصين، الأيمن والأيسر، بينما يزداد الفص الذنبي (Caudate Lobe) في السعة (Volume): وقد يلاحظ زيادة انتشارية أو بؤرية في تولد الصدى الكبدي، ويحتمل أن يكون بسبب الارتشاح الشحمي. والتصوير بفائق الصوت بطريقة «دوبلر» (Doppler) الذي يظهر للعيان (Visualizes) تدفق الدم، يُمكّن من تبيان الأوعية الرادفة (Collateral Vessels) والتعديل في أقطار (Calibre) الأوعية وكذلك نمط التدفق فيها، من أمثال الوريد السري (Umbilical Vein)، في وجود زيادة الضغط البابي.

ـ *أمراض المرارة (Gallbladder Disease):*

تظهر حصوات المرارة كتركيبات مولدة للصدى طارحة، نمطياً، ظلالاً قوية. وتتواجد الحصوات عادة في الجزء المتدلي (Dependent) من المرارة، ولكنها أحياناً، تشاهد

طافية (Floating) في الصفراء المركزة وتشكل طبقة متميزة داخلها. كما أن تغيرات الوضعة عادة ما تتسبب في تحريك الحصوات بشكل متوافق، ولكنها أحياناً، تلتصق بمخاطية المرارة. والتصوير بفائق الصوت عالي الدقة في تشخيص الحصوات المرارية (حوالي 98 ٪)، وذلك في وجود المكتشفات الكلاسيكية لآفة مولدة للصدى والتظليل الصوتي (Acoustic Shadowing) والتحريك الوضعي. وتنخفض الدقة بشكل مضطرد إذا لم تتم إمكانية تبيان هذه الملامح. ويسبب التهاب المرارة في تثخن جدارها أكثر من الـ 2-3 مليمترات الطبيعية (شكل 1).

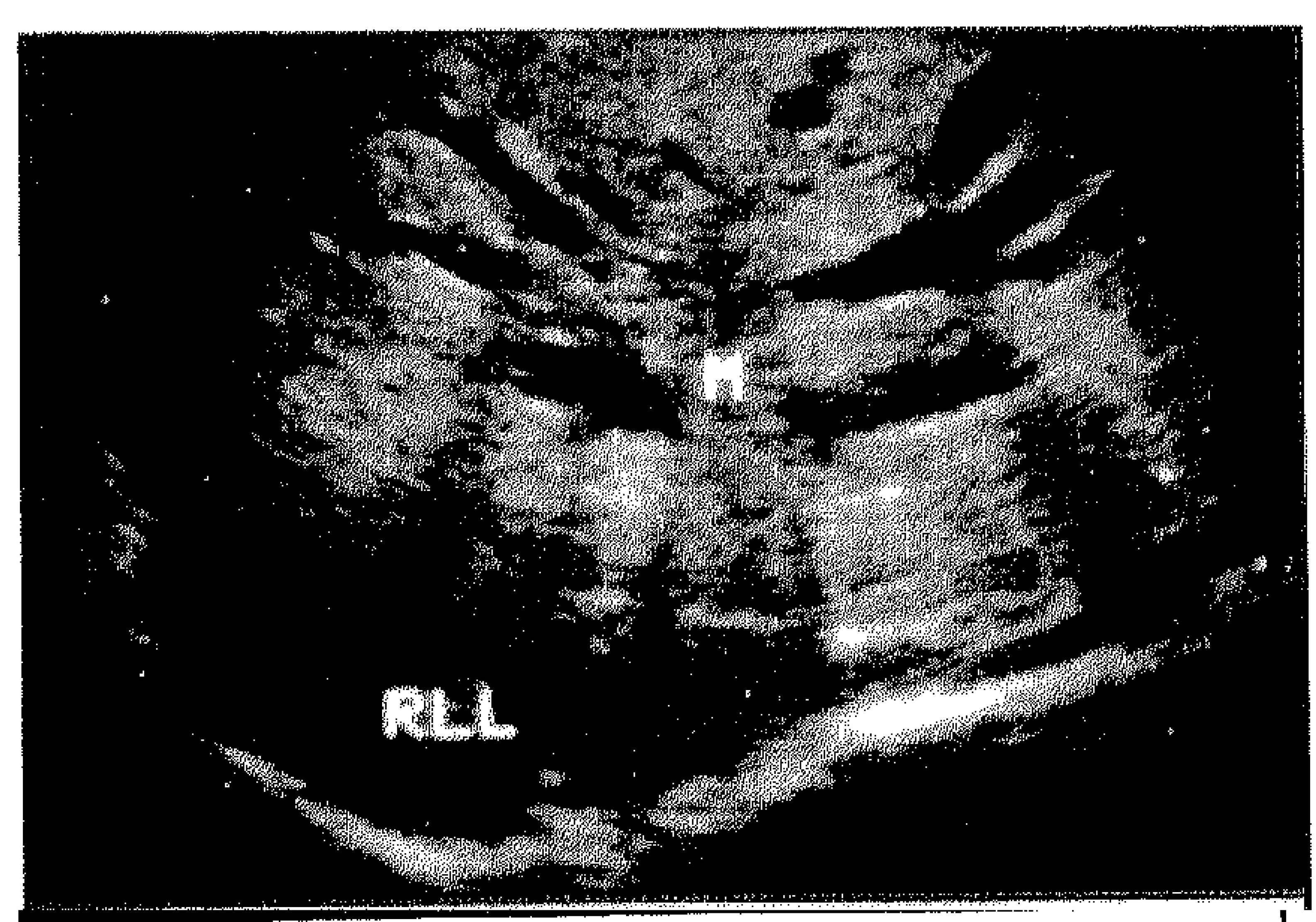




الشكل (1) : صورة بفائق الصوت تبين حصوات مرارية بالإضافة إلى زيادة سُمك جدار المرارة في مريض يعاني من التهاب في المرارة.

- *أمراض القنوات الصفراوية (Bile Duct Disease):*

إن التصوير بفائق الصوت حالياً هو الاختيار الأمثل لاستقصاء حالات المرضى المصابين باليرقان (Jaundice) والذين فشلت التقييمات المخبرية والسريرية في توطيد ما إذا كان الالتهاب الصفراوي باطنياً (Medical) أم جراحياً (Surgical). ويتم التمييز بين اليرقان الباطني والجراحي عادة عن طريق تحديد وجود أو غياب التوسع في الشجرة الصفراوية. ومع ذلك فإن الشجرة داخل الكبدية لا تتوسع في بعض المرضى الذين يعانون من انسداد في القناة الصفراوية، وخصوصاً في أولئك المصابين بالانسداد المتقطع. أما القنوات الصفراوية خارج الكبدية فإن بالامكان تبيانها في معظم المرضى مع التغاضي عما إذا كانت قد توسعت أم لا. أما القنوات داخل الكبدية فلا يمكن تبيانها إلا إذا كانت قد توسعت. ومع ذلك، فبالإمكان، بالأجهزة الحديثة مشاهدة قنوات صغيرة جداً في بعض الأحيان. أما القناة الكبدية الأصلية فبالإمكان تقييمها بسهولة تامة.



شكل (2): سرطانة مرارية نقيرية (Hilar Cholangiocarcinoma) الكتلة (M) أقل قليلاً لتوليد الصدى من بقية الكبد. وقد سببت السرطانة انسداداً في الشجرة الصفراوية، وهي محاطة بأقنية صفراوية متوسعة.
الرموز (RLL) تشير إلى الفص الأيمن السفلي للكبد.

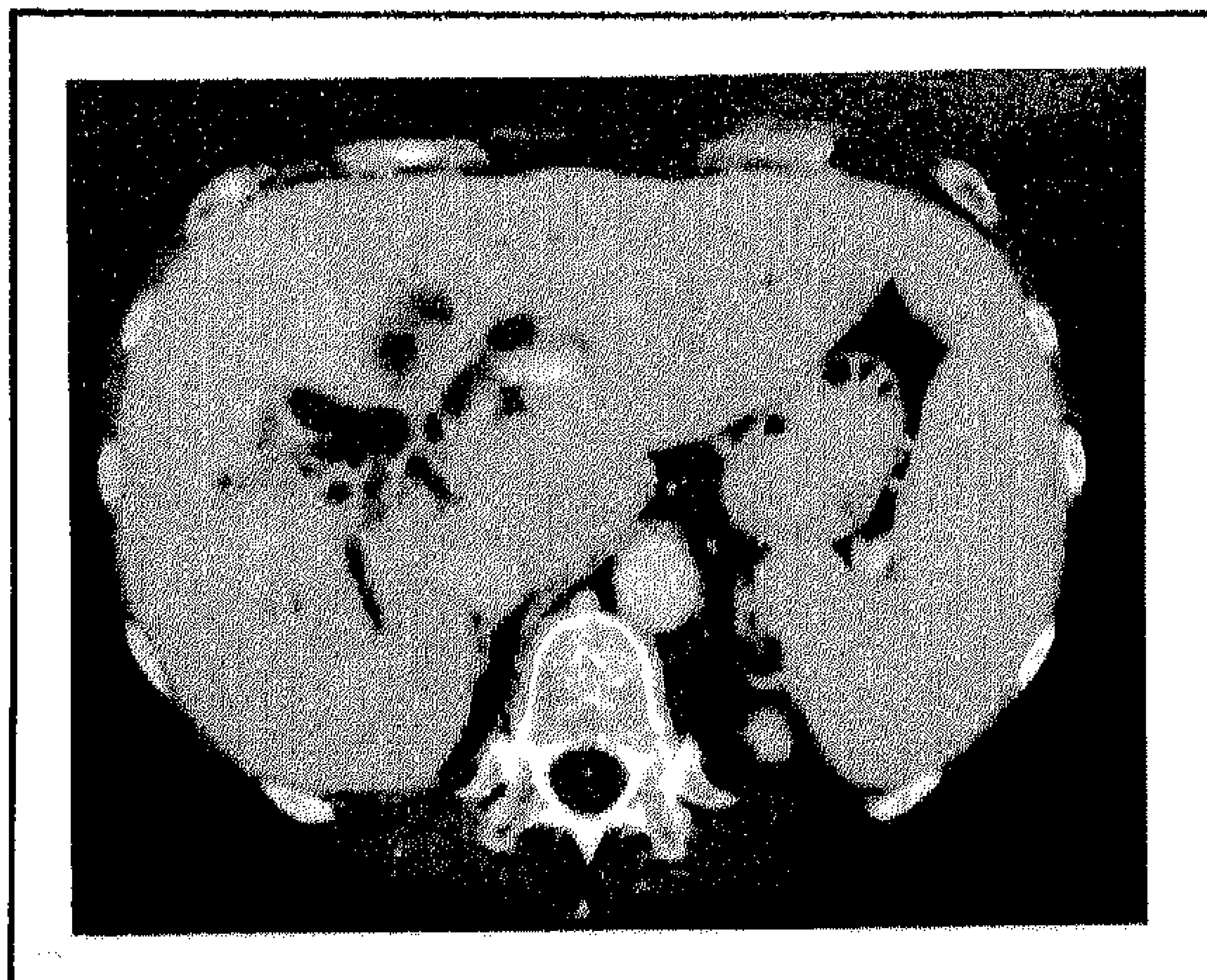
إن سرطانة القنوات الصفراوية تظهر تغيراً في توليد الصدى (شكل 2)، ولكن في العادة، يكون بالإمكان تقييم درجة اكتناف القناة اليمنى أو القناة اليسرى.

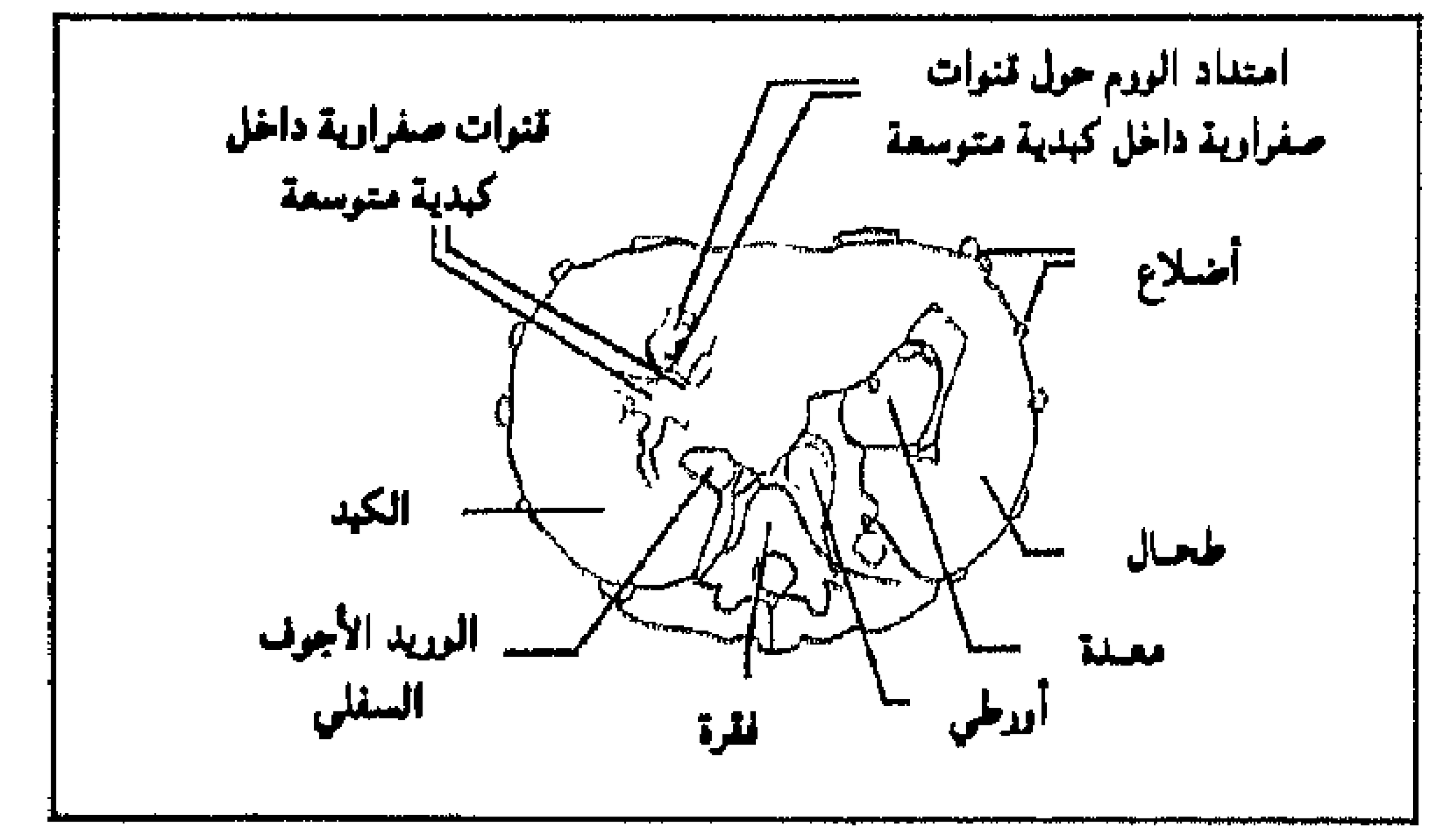
أما القناة الصفراوية الأصلية السفلى فإن فحصها أكثر صعوبة، بسبب تواجد الغازات في الأمعاء الواقعة فوقها، والتي ليس بالإمكان اختراقها من قبل حزمة فائق الصوت.

* التفريس المقطعي المحوسب :(CT Scanning)

إن الحصول السهل والكلفة المتدنية للتصوير بفائق الصوت يجعله مناسباً كخط أول (First-line) للاستقصاء في المرضى المصابين بأمراض الكبد والقناة الصفراوية. والتفريس بالتصوير المقطعي المحوسب قد يكون نافعاً في حل مشاكل نوعية. فمثلاً: غالباً ما تكون النهاية السفلى للقناة الصفراوية محجوبة (Obscure) بالغازات المعوية عندما تصوّر بفائق الصوت، بينما يظهر التفريس بالتصوير المقطعي المحوسب الشذوذات في هذه الباحة بوضوح تام. ولا تزيد دقة التفريس بالتصوير المقطعي المحوسب إلا قليلاً عن التصوير بفائق الصوت في اكتشاف الآفات البؤرية الكبدية، ومع ذلك فلها مميزات هي:

- بالإمكان تكرار إعادة التفريس بالتصوير المقطعي المحوسب.
- تعرض جميع القطاعات التشريحية البطنية العلوية في الصورة بالتصوير المقطعي المحوسب، موفرة معلومات عن عمليات خارج كبدية مهمة لتأويل التفريسات.
- يوفر إعطاء مادة ظليلة قابلة للذوبان في الماء عن طريق الحقن معلومات تتعلق بالمميزات الخاصة بتدفق الدم المنطقي (Regional) للآفات البؤرية، كما يزيد من اكتشاف الكتل التي تكون أقطارها أقل من 2 سم .

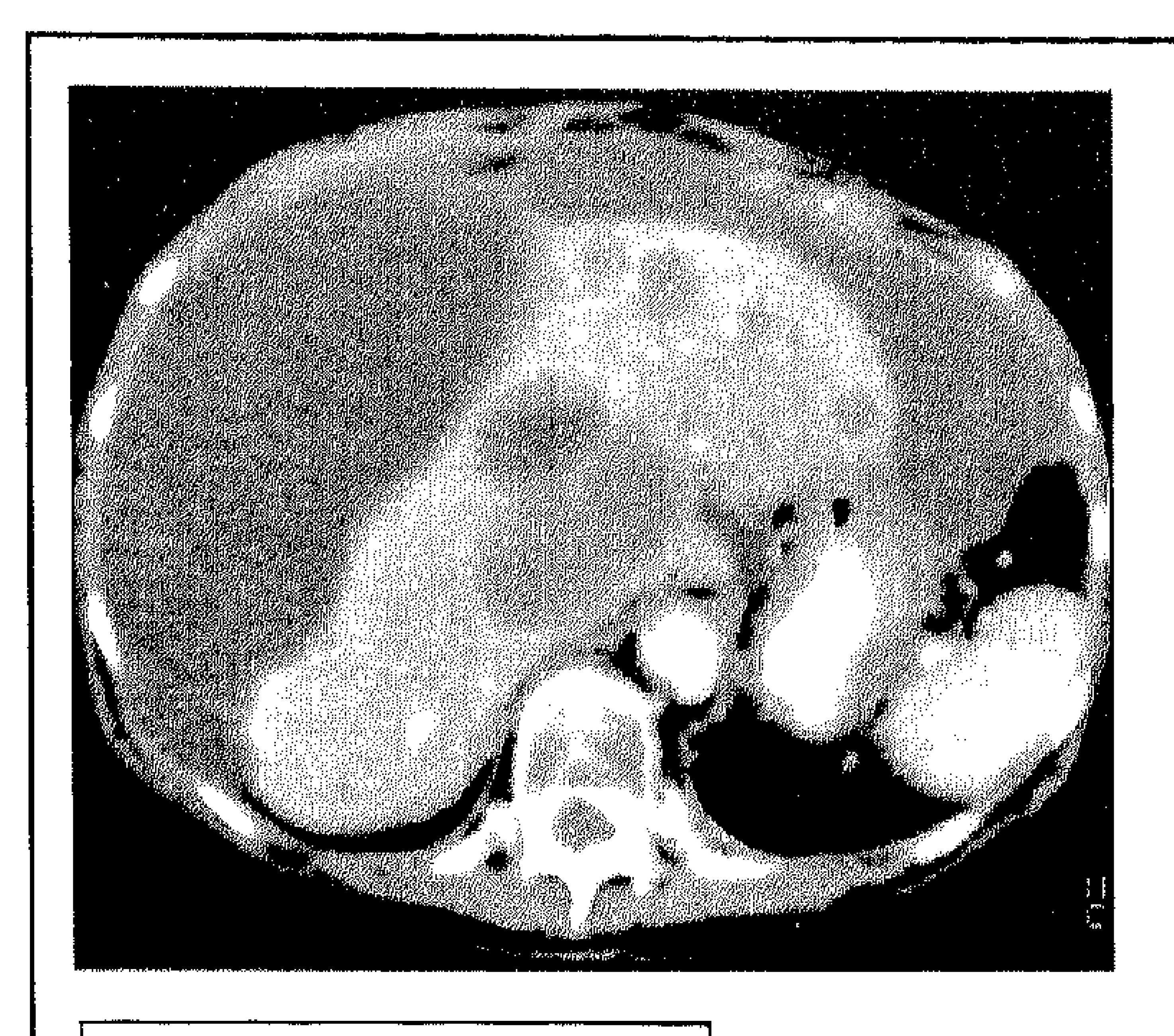


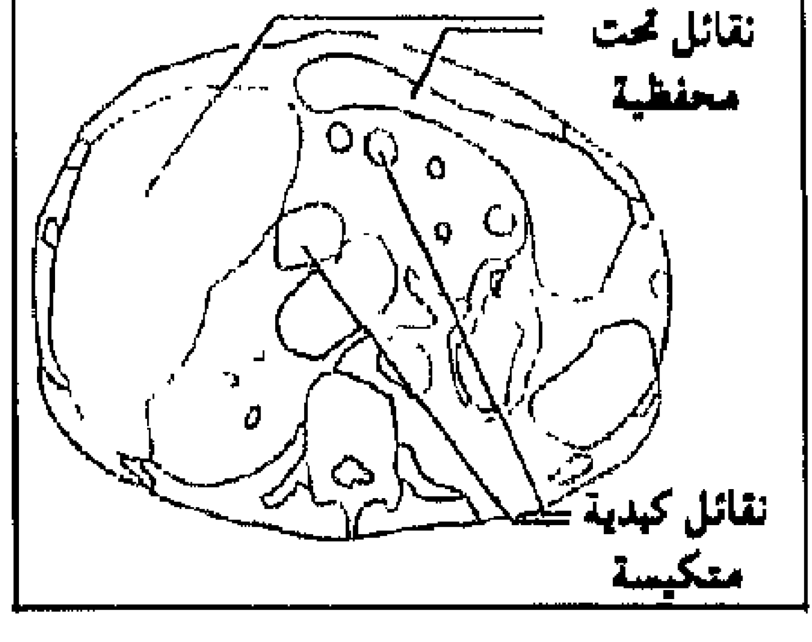


الشكل (3): تفريس مقطعي محوسب لمريض بسرطانة الأوعية الصفراوية. لقد سبب الورم توسعاً في الشجرة الصفراوية كما يرى امتداد الورم حول قنوات صفراوية متوسعة في الفص المربعي

ـ الأورام الخبيثة *(Malignant Tumours)*:

يعد التفريس بالتصوير المقطعي المحوسب طريقة ممتازة لعرض الآفات في الأورام الكبدية ومفيداً للغاية في تقدير حجم الآفات التي في المنظور استئصالها جزئياً (شكل 3). ولكن التفريس بالتصوير المقطعي المحوسب غير قادر بشكل صريح على التمييز بين كتلة حميدة وأخرى خبيثة، وفي الحقيقة، فإنه في أغلب الحالات يتوجب عمل خزعة مسترشدة بالتصوير المقطعي المحوسب للحصول على مواد للفحص الهستولوجي والسيتولوجي. وفي الغالب تكون





الشكل (4): التفريس المقطعي المحوسب لمريضة بسرطانة مبيضية. هناك نقائل تحت محفظية (Subcapsular) وداخل اللبابية (Intraparenchymal) متكيسة (Cystic).

سرطانة النسيج الكبدي منخفضة السماكة (Hypodense) في التفريسة المقطعية المحوسبة ولكنها قد تكون متساوية السماكة أو كثيفة. كما تظهر معظم النقائل على شكل باحات مدورة وقليلة التوهين (للأشعة) والتي تخضع لأقل تقوية بعد إعطاء حقنة الوسط التبايني الوريدية (Contrast Medium). وبالرغم من أنه لا توجد معالم واصمة (Pathognomonic Features) في الصورة المقطعية لتميز النقائل السرطانية عن الآفات البؤرية الحميدة، إلا أن النقائل تعرض، في الغالب، تعددية (Multiplicity) واختلافات في الحجم وتكلسات عديمة الشكل (Amorphous) أو متفرعة، كما تظهر تعزيزاً تبايناً محيطياً (Peripheral Contrast Enhancement). وبإمكان النقائل في بعض الحالات، محاكاة كيسات بسيطة (شكل 4).

ـ التصوير الشرياني البابي بالأشعة المقطعية المحوسبة (C .T Arterio-portography; CTAP):

يساعد التصوير الشرياني البابي بالأشعة المقطعية المحوسبة بإسهام متزايد في التقييم قبل الجراحي للنقائل الكبدية. يحقن الوسط التبايني في الشريان المساريقي العلوي (Superior Mesenteric A.) وتلتقط صور سريعة لقطاعات (Sections) بالتصوير المقطعي المحوسب أثناء التروية الوريدية البابية (Portovenous Perfusion) للكبد. وحيث أن الكبد يستقي 75٪ من موارد الدم من الوريد البابي، والنقائل مزودة بشكل خاص فقط من الشريان الكبدي، فإن النقائل بالتصوير الشرياني البابي بالتقنية C.T.A.P. تظهر كباحات منخفضة التوهين (Low Attenuation) للأشعة داخل النسيج الكبدي العتيم (Opacified). ولهذه التقنية حساسية عالية لاكتشاف الآفات الصغيرة بالمقارنة للطريقة المعتادة (Conventional) للتفريس المقطعي المحوسب المعزز بالوسط التبايني كما يجب استعمالها روتينياً في المرضى الذين يتم اختيارهم للاستئصال الكبدي الجزئي.

الكيسات (Cysts):

تظهر الكيسات على شكل باحات متجانسة واضحة الحدود مع كثافة مشابهة لكثافة الماء ولا تعزز (Enhanced) بعد إعطاء حقنة وريدية بعامل التباين.

الخراجات (Abscesses):

وهي كتل (Masses) واضحة الحدود ومنخفضة التوهين (Of Low Attenuation) مع جدار سميك وغير منتظم.

الأورام الوعائية الدموية:

في الغالب تظهر موجودات معينة في التصوير المقطعي المحوسب والتي تساعد على تشخيص نهائي.

ويتميز أمثل أنماط (Most Typical Pattern) تعزيز التباين (Contrast Enhancement) للأورام الوعائية التي ترى على الأشعة المقطعية المحوسبة، والمشاهدة في 55٪ من الآفات، بتوهين متناقص في المسوحات ما قبل استعمال عامل التباين (Precontrast Scan) وبتعزيز التباين المحيطي (Peripheral) أثناء المراحل المبكرة والإحلال (Fill-in) متساوي الكثافة (Isodense) التام في المسوحات المتأخرة.

الرضوح (Trauma):

التصوير المقطعي المحوسب مفيد في التعرف على تفكك (Disruption) التركيب البنيوي (Architecture) للكبد والنزف داخل الكبدي في الرضوح الكبدية. فبالإمكان مشاهدة الأورام الدموية داخل المحفظية وكذلك يمكن مشاهدة الدم حول الكبدي.

* التصوير بالرنين المغنطيسي MRI (Magnetic Resonance Imaging):

التصوير بالرنين المغنطيسي تقنية حساسة قد ساهمت بالفعل بشكل كبير في اكتشاف الآفات البؤرية داخل الكبد. ويظهر التصوير بالرنين المغنطيسي الكتل الحميدة والخبيثة، وفي بعض الحالات، آفات لا تكتشف بالمسح المقطعي المحوسب (شكل 5). وفي بعض المرضى فإن حقن عوامل التباين المغطسة (Para-magnetic) مثل: ثنائي الإثيلين ـ ثلاثي الأمين ـ خماسي حامض الأسيتيك الجادولينيم (Gadolinium-DTPA) يضاعف من حساسية التصوير بالرنين المغناطيسي ويكشف عن آفات لم تكتشف من قبل. و بالرغم من أن بإمكان التصوير بالرنين المغنطيسي أن يفرق بين الأوردة البابية والقنوات



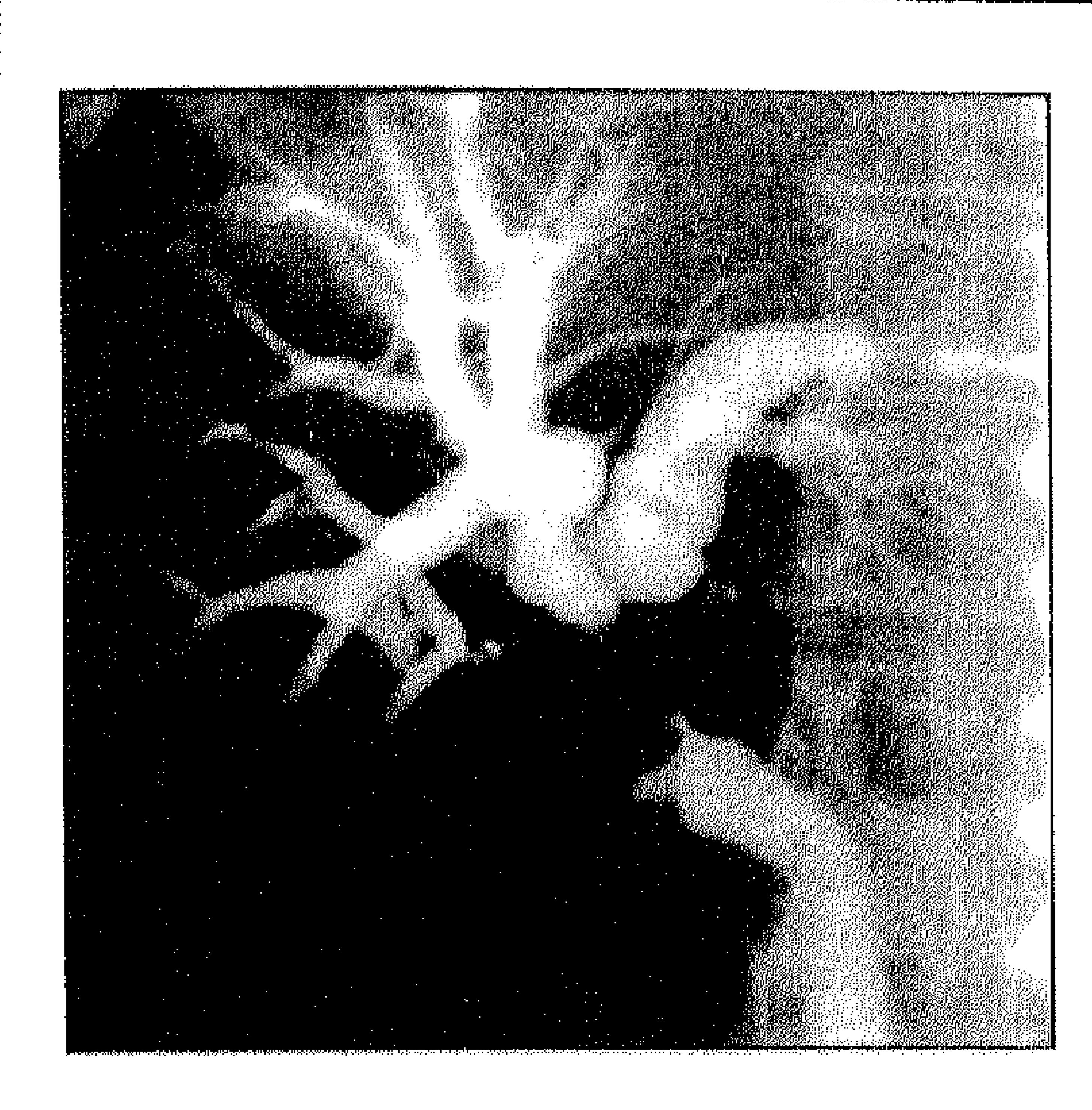
الشكل (5) : التفريس بالرنين المغنطيسي لمريض بورم متسرطن (Carcinoid) في المعي الدقيق والذي سبب نقيلات كبدية عديدة. (a): الأورطي. (c): نقيلات كبدية سرطاوية Carcinoid. (k): الكلوة اليسرى (s) المعدة.(v) : فقرة.

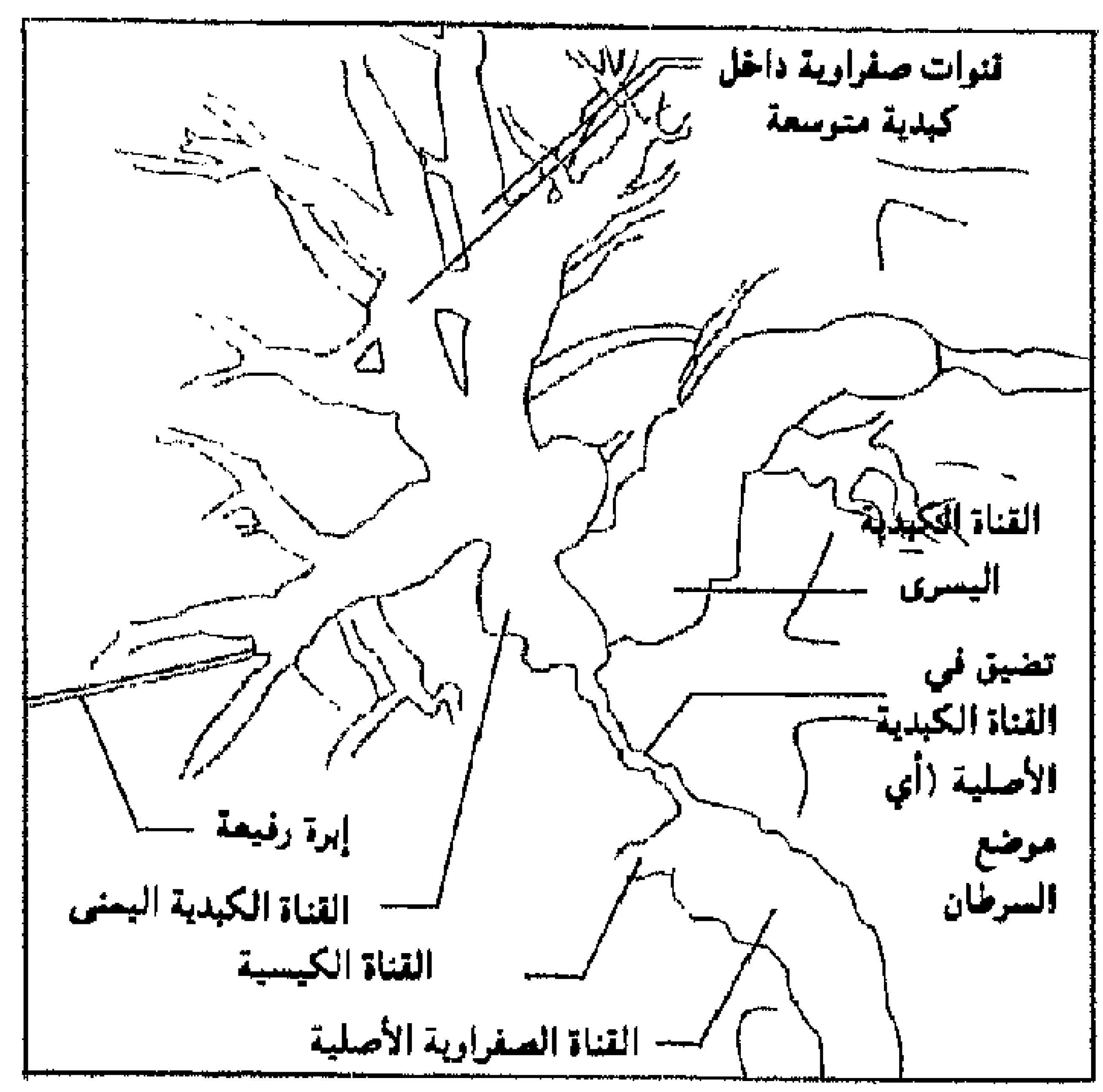
الصفراوية، إلا أن التصوير بفائق الصوت يظل الطريقة اللاباضعة (Non-invasive) السائدة المثلى لفحص الشجرة الصفراوية .

التقنيتان PTC و ERCP

التصوير عبر الكبدي خلال الجلد للأوعية الصفراوية (Percutaneous Transhepatic Cholangiography) (PTC) والتصوير الرجوعي بالتنظير الداخلي للأوعية الصفراوية والبنكرياسية (Endoscopic Retrograde Cholangiopan-creatography ERCP)، يعتبران من الاستقصاءات المتممة (Complementray) للاستقصاءات السابقة.

يحقق كلا التقنيتين إظهاراً متميزاً للقنوات الصفراوية داخل الكبدية وخارج الكبدية شريطة أن لا تكون الشجرة الصفراوية منسدة (Obstructed) أو أن تكون منسدة جزئياً فقط.





الشكل (6): صورة للقنوات الصفراوية Cholangiogram بطريقة التصوير عبر الكبدي ومن خلال الجلد (Percutaneous) في مريض بسرطانة صفراوية مكتنفة (Involving) القناة الكبدية الأصلية.

ويشمل التصوير عبر الكبدي خلال الجلد للأوعية الصفراوية (PTC) إدخال إبرة رفيعة إلى داخل الكبد تحت مراقبة التنظير الإشعاعي (Under Screening) مع حقن (Injection) الوسط التبايني (Contrast Medium) إلى داخل القنوات الصفراوية من خلالها.

(الشكل 7): التحضير للتصوير عبر الكبدي خلال الجلد للأوعية الصفراوية (PTC)

* تأكد من زمن البروثرومبين وزمن البروثومبين الجزئي وتعداد الصفيحات.
* استخدم المضادات الحيوية كإجراء وقائي إذا كانت الشجرة الصفراوية منسدة.
* احقن بيبراسيلين (Piperacillin) 4. جم وجنتاميسين 80 ملجم بالحقن الوريدي ساعتين قبل بدء العملية.
* قد يتم الحاجة إلى تخدير معتدل (مثلاً: إعطاء 10 ملجم ديازبام (Diazepam) عن طريق الفم.

أما التصوير الرجوعي بالتنظير الداخلي للأوعية الصفراوية والبنكرياسية (ERCP) فيشمل إقناء (Cannulation) أمبولة «فاتر» الكبدية البنكرياسية (Ampulla of Vater) بالتنظير الداخلي والحقن الرجوعي للوسط التبايني في القنوات الصفراوية، كما يمكن كذلك إظهار القنوات البنكرياسية بهذه الطريقة.

وفي حضور الإنسداد شبه التام فإن تقنية الـ PTC مفضلة على تقنية الـ (ERCP) لأن الأخيرة لا يمكن لها أن تبين القنوات الصفراوية داخل الكبدية بتفصيل كاف.

وبالرغم من كون تقنية الـ PTC عملية تدخلية (Invasive Procedure) إلا أن معدل حدوث المضاعفات منخفض، وبالإمكان تفادي المضاعفات والمخاطر (Hazards) باستعمال طريقة معتنية (Careful Technique) (الشكل 7).

ففي الإمكان، بالأيدي الخبيرة، أن تبزل جميع القنوات المتوسعة، وأكثر من 90٪ من القنوات غير المتوسعة. فإذا كانت للقنوات أحجاماً طبيعية تفضل تقنية الـ ERCP على

الـ PTC، لأن القنوات الصغيرة صعبة البزل. ولكن عندما تنتج آفة مسدة اتساعاً في القنوات داخل الكبدية فإن تقنية الـ PTC في العادة ستوفر معلومات أكثر عن حالة القنوات فوق مستوى الآفة.

ـ الاستخدامات:

التقنيتان PTC و ERCP توفران معلومات محدودة عن الآفات اللبابية (Parenchymal Lesions)، وهذان الاستقصاءان أكثر إفادة في إظهار أمراض المسالك الصفراوية.

الآفات البؤرية داخل لُباب الكبد:

قد تشوه الآفات البؤرية داخل لباب الكبد أو تزيح القنوات داخل الكبدية. وأحياناً قد تتمكن الأورام أمثال: السرطانة الكبدية الخلوية (Hepatocellular) من غزو القنوات الصفراوية وتسبب انسداداً قطعياً (Segmental) أو فصياً (Lobar).

التهاب الأوعية الصفراوية المصلّب (Sclerosing Cholangitis):

تسبب التهاب الأوعية الصفراوية المصلبة تضيقات (Strictures) عديدة (Multiple)، كما تسبب لا انتظامات (Irregularities) في القنوات الصفراوية داخل الكبدية وخارج الكبدية.

سرطانة الأوعية الصفراوية والسرطانة البنكرياسية (Cholangio Carcionma and Pancreatic Carcinoma):

قد تحاكي (تشابه) (Resemble) سرطانة الأوعية الصفراوية التهاب الأوعية الصفراوية المصلّب. وسرطانة الأوعية الصفراوية البؤرية تؤدي في العادة إلى انسداد واحد أو أكثر من القنوات الصفراوية الرئيسية. أما السرطانة البنكرياسية والأورام الأمبولية (Ampullary) تميل إلى سد القناة الصفراوية السفلية الأصلية، ومن الأفضل استقصاؤها بتقنية الـ ERCP، والتي تسمح بالإظهار العيني للاثني عشري وتصوير القناة البنكرياسية.

الحصوات :

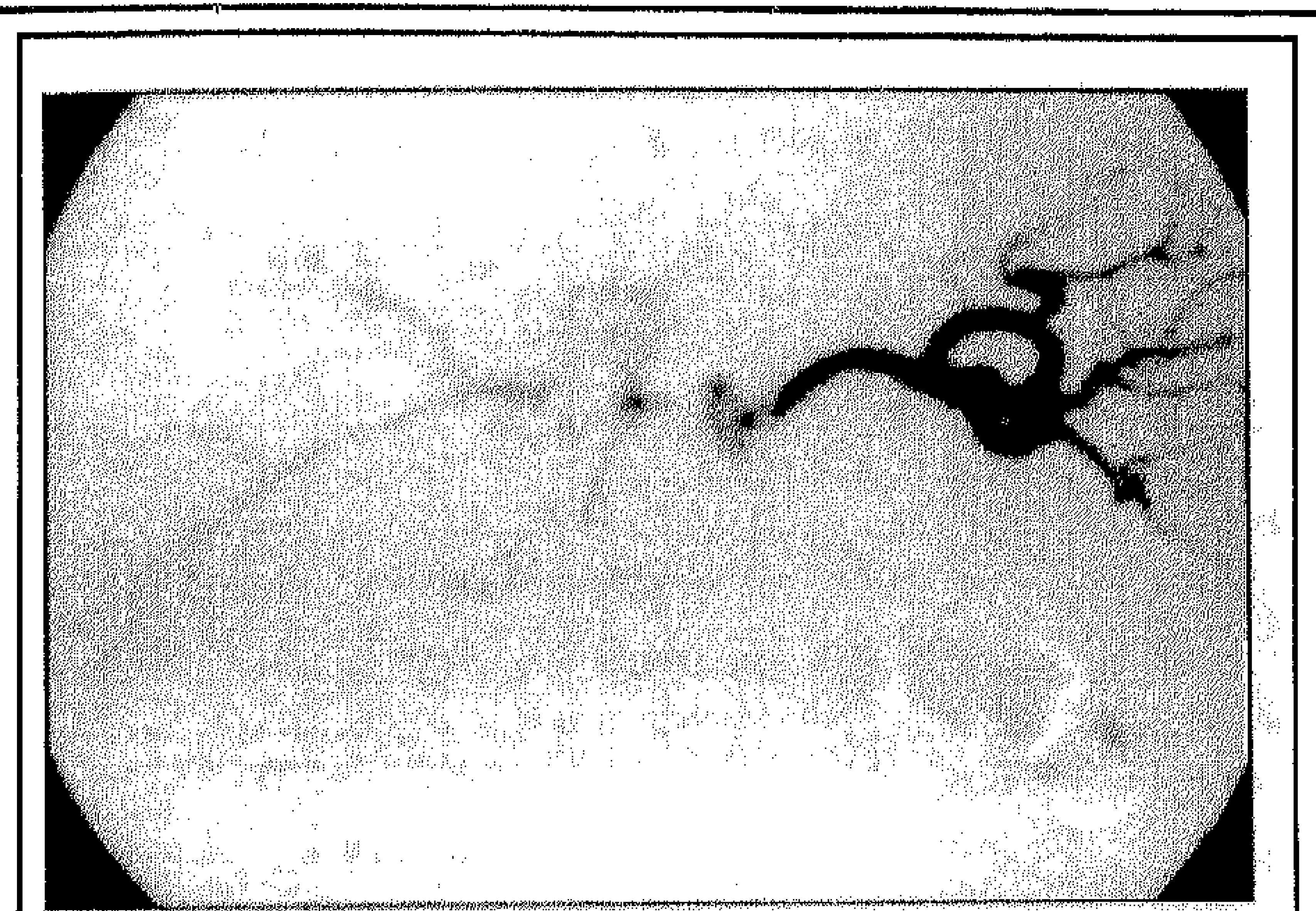
يعتبر التصوير الرجوعي بالتنظير الداخلي للأوعية الصفراوية والبنكرياسية الطريقة المثلى لإظهار الحصوات في القناة الصفراوية الأصلية . فإذا كانت أحجام الحصوات مناسبة فقد يجرى بَضْعُ الحليمات [الإثني عشرية] (Papillotomy) خلال الجلسة نفسها، وتستخرج الحصوات بالتنظير الداخلي. وللتقنية ERCP مراضة أقل من 2٪ ومعدل وفيات يقترب من 1.0 ٪، ويرجع ذلك في الغالب إلى تسمم الدم التالي لالتهاب الأوعية الصفراوية أو التهاب البنكرياس. ويبلغ هذا الخطر أعظمه في التضيقات المحكمة للقناة أو في الكيسات الكاذبة البنكرياسية، ولذا فيجب استخدام فائق الصوت لتقصي تواجد الكيسات البنكرياسية قبل الشروع في عملية الـ ERCP.

تصوير الأوعية (Angiography):

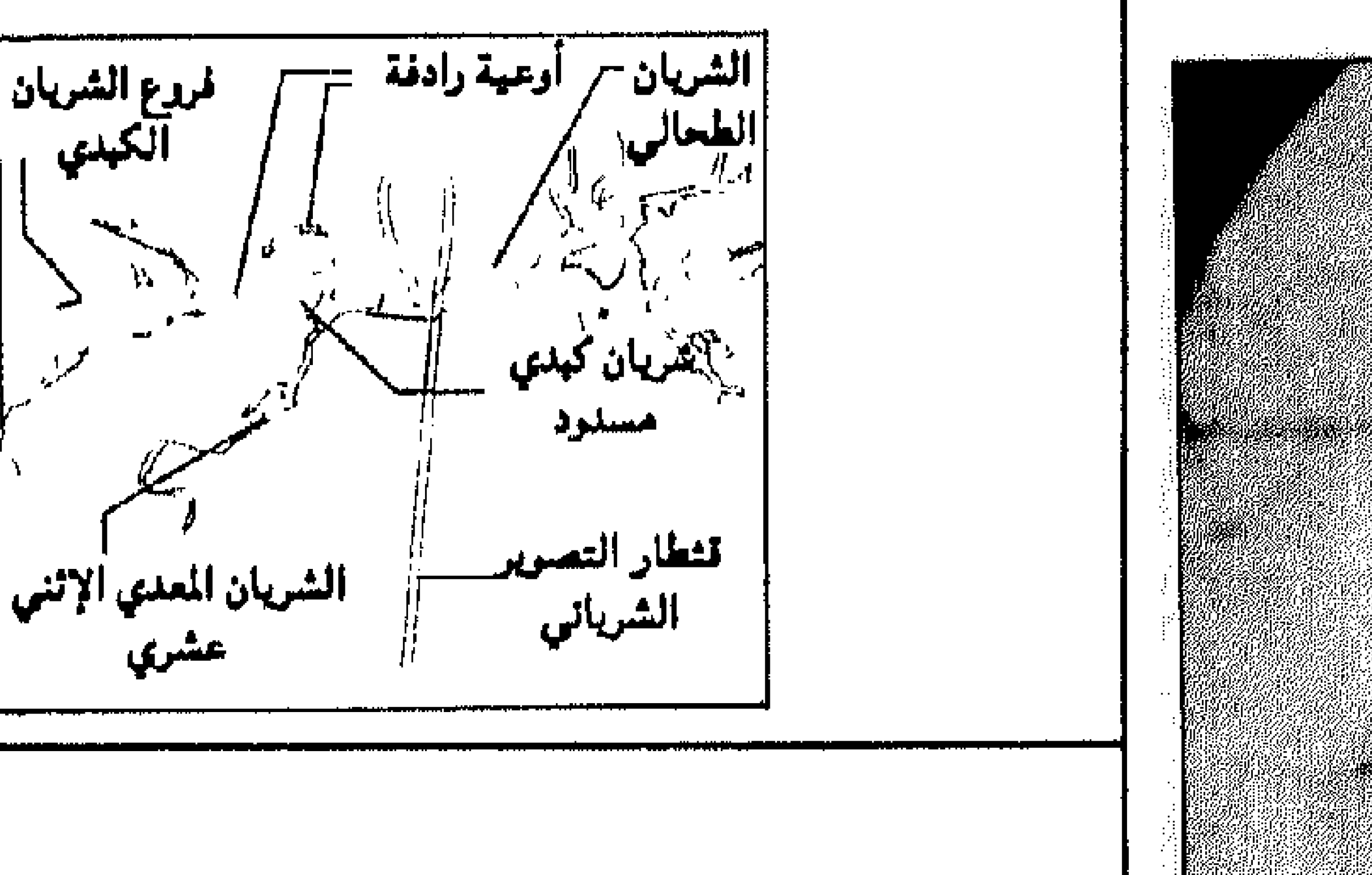
لقد أنتج ظهور استقصاءات لاباضعة فعالة إلى التداعي المرموق (Marked Decline) في أهمية التصوير الوريدي للاستقصاءات الكبدية والقنوات الصفراوية. فالنقيلات الوعائية في الكبد تُبرَز للعيان بكل سهولة، ولكنها تنشأ عادة من أورام غير شائعة، مثال: أورام البنكرياس الصماوية (Endocrine) أما الترسبات الثانوية الشائعة الناشئة من الأورام القولونية أو المعدية فإنها تميل إلى أن تكون لاوعائية، كما أنها قد تُغفل في التصوير الوعائي. ومع ذلك، فبالإمكان إظهار التغلف (Encasement) في الشريانات أو الانضغاط الوريدي (Venous Compression)، (الشكلان 8 أ و 8 ب). وقد تزيح الآفات الكبيرة البؤرية في الكبد أو تشوه الأوعية الدموية داخل الكبدية، ولكن بالإمكان اكتشاف هذه الكتل (Masses) بكل سهولة ويسر بالتصوير بفائق الصوت أو بالتفريس المقطعي المحوسب. كما قد تشاهد الدوالي (Varices) الطحالية أو المعدية أو المريئية في حالات التشمع الكبدي.



وبالإمكان تحقيق القشطرة المباشرة (Direct Catheterization) للأوعية الكبدية عن طريق إدخال قثطار عبر الجلد (Percutaneously) إلى داخل الوريد الفخذي (Femoral Vein) وإلى الوريد الأجوف السفلي، ومن ثم التقدم بالقثطار إلى الأوردة الكبدية بالتناوب. وتساعد هذه الطريقة في أخذ قياسات الضغط الإسفيني للأوردة الكبدية، والتي تكون مفيدة في تشخيص ارتفاع الضغط البابي، حيث أنها تعكس الضغط الوريدي البابي بدقة متناهية.

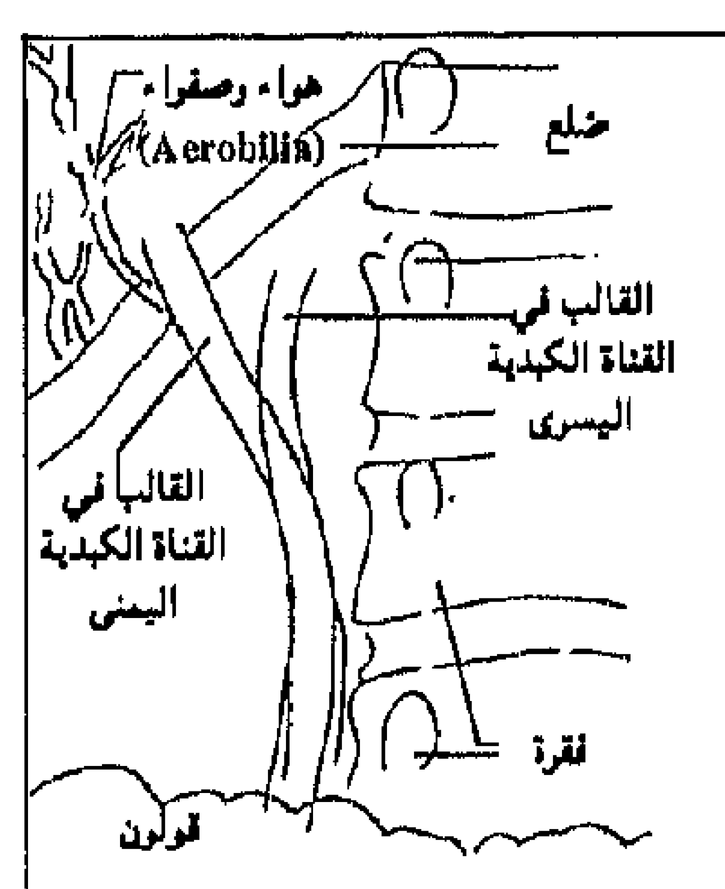


الشكل (8 أ): التصوير الشرياني الكبدي في مريض باكتناف العقد اللمفية بالنقائل عند نقير الكبد. ويلاحظ في الصورة الشريان الكبدي مسدوداً (Occluded)، بينما يشاهد الدوران الرادف.

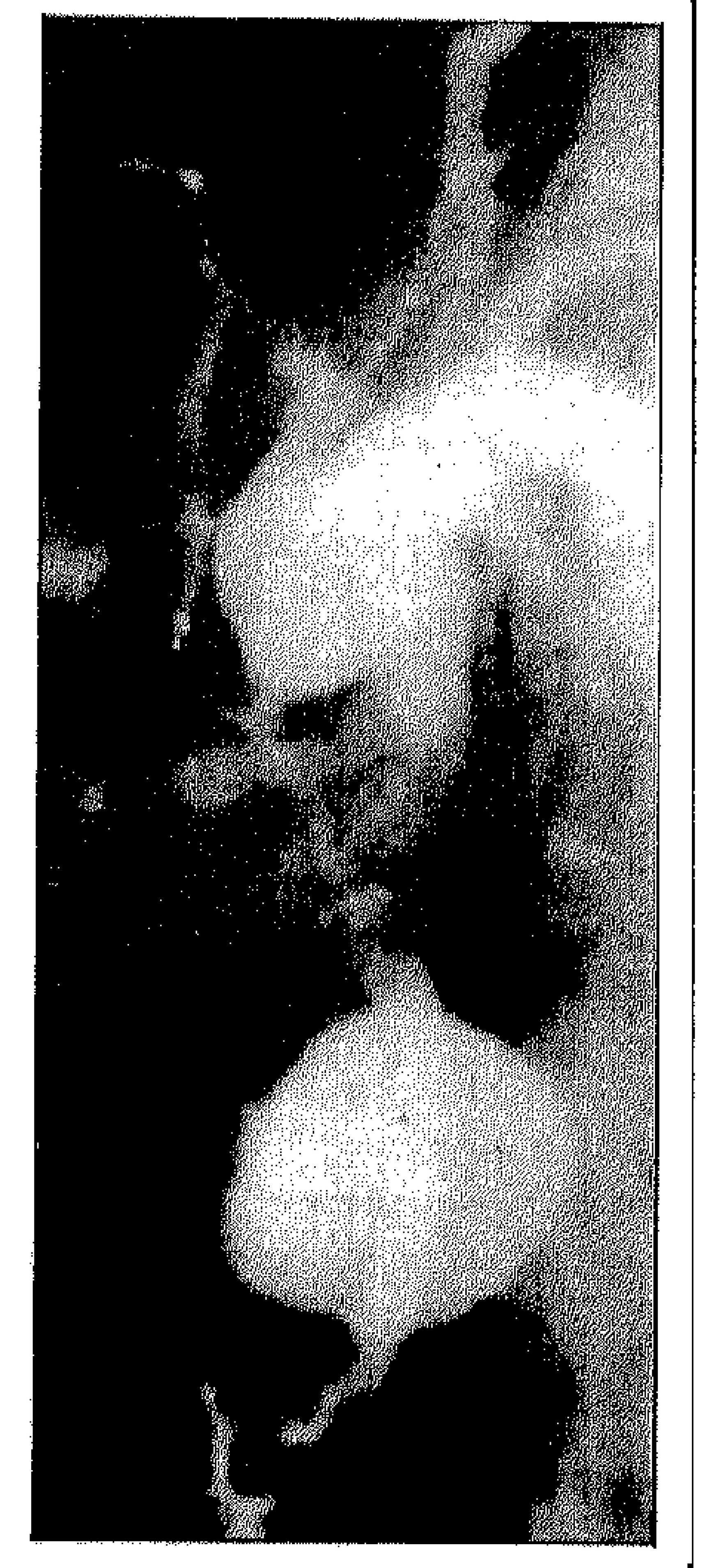


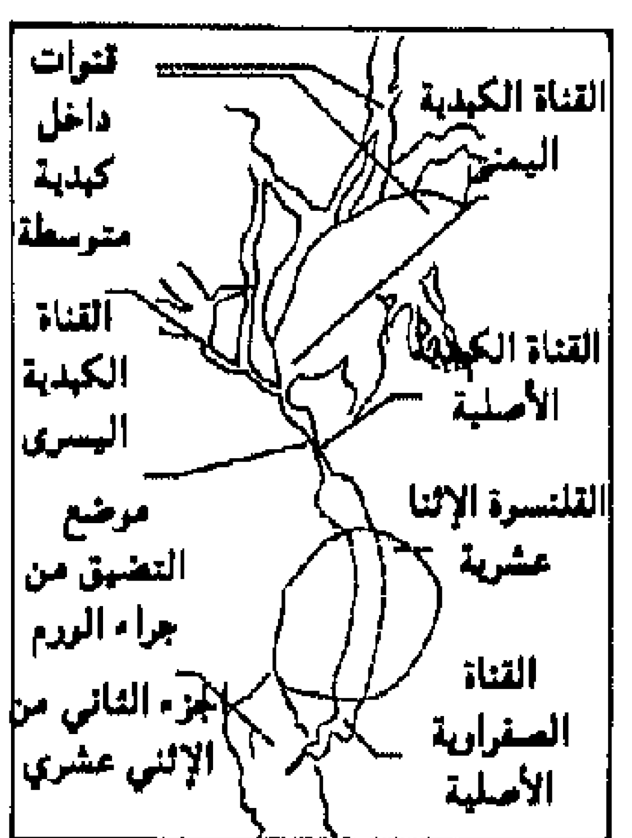
الشكل (8 ب): تصوير الوريد البابي اللامباشر التالي لحقن الوسط التبايني في الشريان الطحالي. يلاحظ انضغاط الوريد البابي الأصلي من قبل العقد اللمفية المتضخمة في الموضع الذي يرى فيه استدقاق (Tapering) مفاجئ لقطر الوعاء (Vessel Calibre).





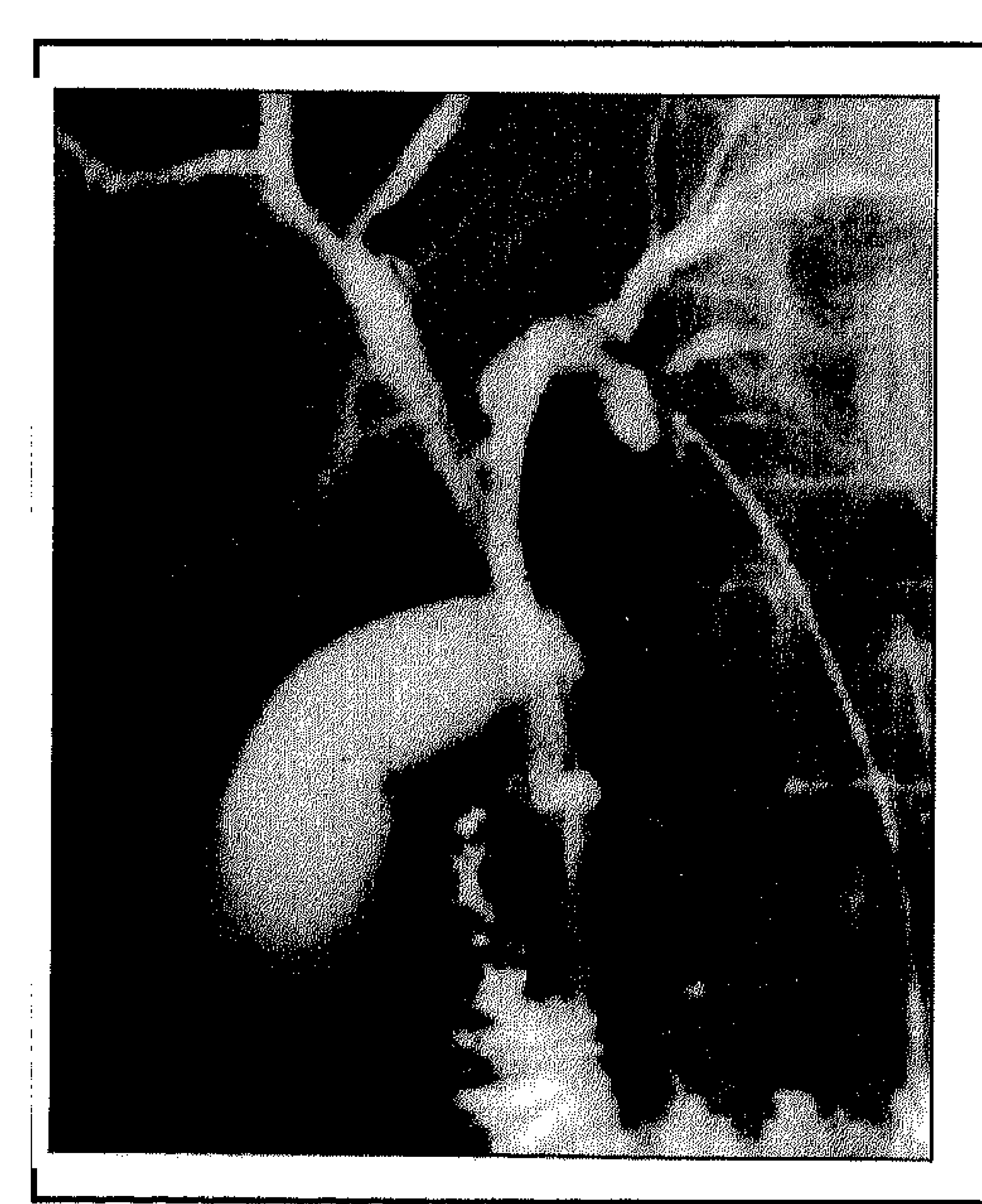
(شكل 9 ب): بِـدْلة معدنية داخلية (Metallic Endoprosthesis) ذاتية التمدد ممتدة من القناتين الكبديتين اليمنى واليسرى إلى الإثني عشري في نفس المريض المذكور في الشكل(9 أ). لاحظ الغاز المشاهد بوضوح في داخل الشجرة الصفراوية.

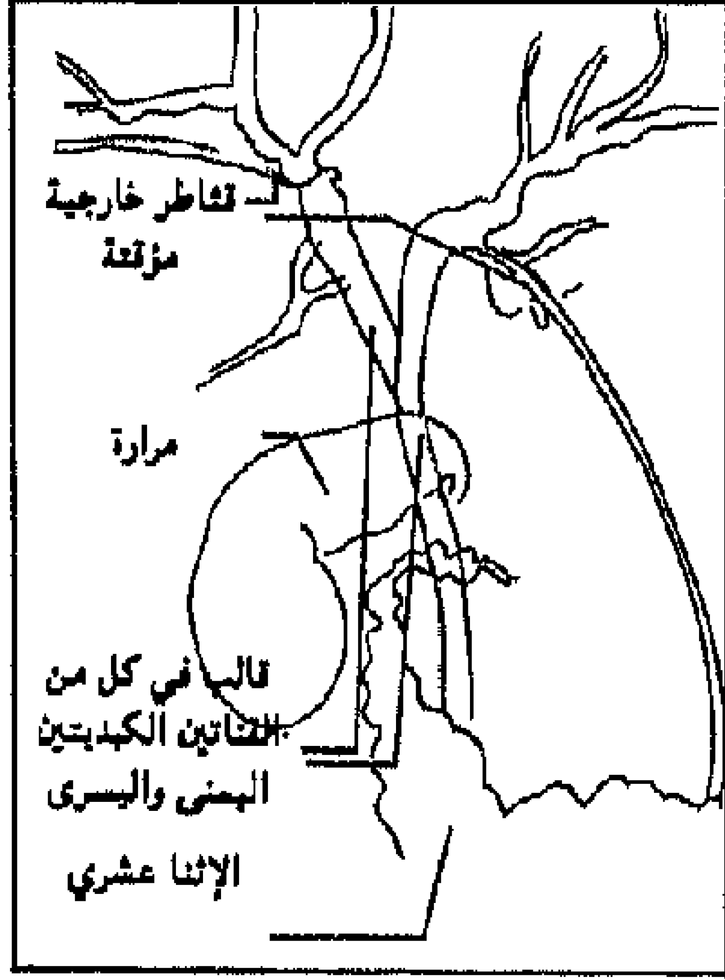


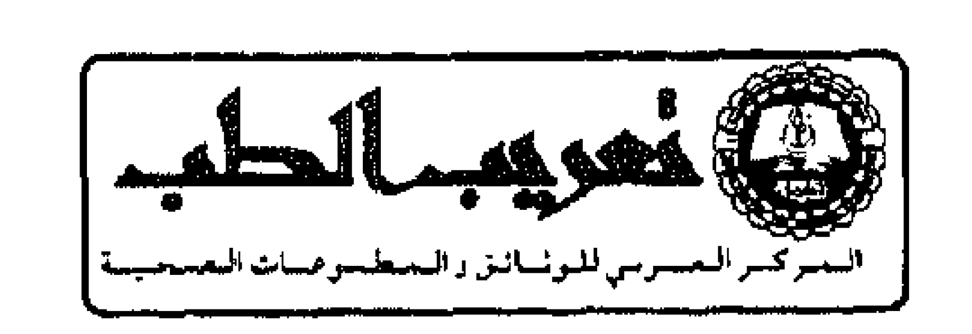


(شكل 9 أ): التصوير عبر الكبدي خلال الجلد للأوعية الصفراوية (PTC) مبيناً تشكيل القناة الكبدية الأصلية (CHD)والقناة الكبدية اليمنى (RHD) والقناة الكبدية اليسرى (LHD) في مريض بسرطانة الأوعية الصفراوية.

شكل (9 جـ) : تصوير الأوعية الصفراوية باستعمال القثطار (Catheter Cholangiography) مبيناً تدفق الوسط التبايني من خلال كلا القالبين (Stents) وذلك في المريض نفسه في الشكل (9 أ)







المجلد 2 ، العدد 3
نوفمبر 1998

دور الترجمة في تعريب الطب قديما وحديثا

د. يعقوب أحمد الشراح*

***لمحة تاريخية:**

لم يبدأ الاهتمام بتعريب العلوم والمعارف الطبية سوى بعد عصر الفتوحات الإسلامية الكبرى، حيث اختلط العرب بأقوام وشعوب جديدة مع انتشار رقعة الدولة الإسلامية.

وفي العصر الأموي، بدأت حركة ترجمة فردية محددة على يد الأمير خالد بن يزيد الذي دعا بعض علماء مدرسة الإسكندرية إلى دمشق لكي ينقلوا له بعض كتب الإغريق في الطب والفلك والكيمياء. ويؤكد صاحب الفهرست بأن هذه الترجمات هي الأولى من أية لغة منذ ظهور الإسلام.

ثم أمر الخليفة عمر بن العزيز بترجمة كتاب طبي من السريانية هو كناش (أهارون) لضرورات عملية بحتة. وبعد نصف قرن استؤنف هذا العمل على نطاق أوسع وأعم جعل من القرن التاسع عصرا فريدا من نوعه في تاريخ الإنسانية.

ففي نهاية القرن الثامن الميلادي لم يكن بحوزة العرب من الثروة العلمية إلا ترجمة لموسوعة طبية وكتب فلكية ولكن لم ينته القرن التاسع إلا وقد تمثلوا كل علوم اليونان وأصبح لديهم علماء من الطراز الأول. فقد تعرفوا على مدرسة جنديسابور التي لعبت الدور الرئيسي في الحركة العلمية التي كانت بغداد مسرحها كما زودتها بخميرة حركت العالم الإسلامي برمته.

كان مرض المنصور واستدعاء الأطباء من جنديسابور على رأسهم جرجس بن جبرائيل، هو الشرارة التي أضاءت مشعل عصر نقل العلوم اليونانية والهندية والفارسية والسريانية والقبطية إلى اللغة العربية. فقد أمر المنصور طبيبه الخاص بترجمة بعض الكتب الإغريقية في الطب والفلك والتنجيم ثم مشى حفيده الخليفة هارون الرشيد على خطاه فوسع العمل وأكثر من التراجمة وجلب الكتب الإغريقية إلى بغداد شراء واستنساخا وغنائم حرب وفدية أسرى شملت كتبا في الطب والهندسة والرياضيات والفلك (Astronomy) والتنجيم (Astrology).

* الأمين العام المساعد للمركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية - «أكمل» - الكويت .

وفي هذا العهد كان من أشهر التراجمة ابن المقفع الذي يقترن اسمه بترجمة كتاب كليلة ودمنة. ويذكر ابن النديم بأن الفرس ترجموا إلى لغتهم في غابر الزمان كتبا بالمنطق والطب نقلها ابن المقفع إلى العربية. ويؤكد ذلك وجود عدد كبير من الكلمات الطبية الفارسية التي بقيت مستعملة في الكتب العربية إما كما هي أو بعد تعديل بسيط. ومن أبرز المترجمين في هذه الفترة يوحنا بن البطريق وقسطا بن لوقا ويوحنا ابن ماسويه وقد ألف هؤلاء النقلة كتبا كثيرة في الطب والفلك والفلسفة والرياضيات إضافة إلى ما ترجموه وشرحوه. وبدأ الناس بالإفادة من الكتب المترجمة وتداولوها، على رأسهم المعتزلة، إذ اتصلت بالكتب الجديدة وتعرفت على أرسطو وتأثرت أبحاثهم بالمنطق، وبدا هذا التأثير جليا في جميع الكتب التي ظهرت في ذلك العهد.

وفي زمن الخليفة المأمون كان أشهر التراجمة على الإطلاق حنين بن إسحق الذي يعد مدرسة كاملة إذ كان يشرف في بيت الحكمة على عدد كبير من المترجمين والنساخ ويصلح أخطاءهم ويزودهم بالكتب النادرة التي يجمعها بنفسه ويسعى للحصول عليها، ويذكر أنه رحل في نواحي العراق وسافر إلى الشام والإسكندرية وبلاد الروم لجمع الكتب النادرة.

لم يكتف حنين بن إسحق بالترجمة بل قام بتأليف كتب في الطب والمنطق والطبيعة وفلسفة أفلاطون وأرسطو، ووضع الشروح لما ترجم ولخص المطولات وصحح تراجم السابقين. ويقول مانفرد أولمان (Manfred Ullmann) إنه أسهم في تطوير اللغة العربية وجعلها لغة علوم فهو لم يغن المصطلحات العلمية بإعطاء أشكال جديدة للكلمات أو باستعمال كلمات أجنبية فحسب ولكنه أدخل طريقة التحليل ـ التركيب التي جعلت من العربية أداة قادرة على التعبير عن أفكار مجردة معقدة وأن هذا الإنجاز عمل فلسفي من الطراز الأول يستحق كل تقدير لأنه لم يلق أية مساعدة من معجميين محترفين فقد كانوا في ذلك الزمن مهتمين بالشعر البدوي وبتفسير القرآن. ومن حسن الحظ أن هذه الحركة الجليلة التي قام بها طوال حياته ظلت تسير وتعمل بعد مماته على يد ولديه وتلاميذه.

إن أكثر ما ترجمه حنين كان من الكتب الطبية وخاصة كتب جالينوس الستة عشر، كما نقل إلى اللغة العربية سبعة وخمسين كتابا اشترك في نقلها تسعة مترجمين يذكر أسماءهم ابن النديم، إضافة إلى تصحيح سبعين كتابا ترجمها تلاميذه إلى العربية، وفي عيون الأنباء ثبت الكتب التي ترجمها وألفها وصلحها وشرحها في مختلف العلوم ملأت صفحات كثيرة ونلحظ من خلال مراجعة التاريخ بأن حركة الترجمة التي دامت قرنين من الزمن ابتدأها الحكام لكنها تنامت وأصبحت حركة شعبية عامة دخلت في صميم حياة وتبناها وغذاها مئات منهم جلهم من الميسورين والأطباء والتجار والوراقين.

لقد شجع الخلفاء المسلمون هذه الحركة العلمية الشاملة بدافع من حبهم الشخصي للعلم وشعورهم بالمسؤولية تجاه الدين الذي يحث على طلب العلم ويرفع من منزلة العلماء، ولعل أكبر دليل على أن رغبة المسلمين في العلم لم تنبع من حاجاتهم المادية هو انكبابهم على تحصيل العلوم النظرية البحتة منذ بزوغ شمس هذه الحركة في عهد المنصور فقد ذكر حاجي خليفة أن المنصور أرسل سفراء إلى القسطنطينية جلبوا منها كتب إقليدس وكتبا بالفيزياء ترجموها وقرءوها بسرعة فائقة.

* المسلمون وإنقاذ تراث البشرية:

وفي الوقت الذي كان فيه الخلفاء المسلمون يسعون لإحياء علوم اليونان ويحرضون الناس على قراءة كتبها كانت الكنيسة في الغرب تبذل جهودا جبارة للقضاء على العلوم والدراسات واللغة اليونانية في بلاد الغال وبريطانية لأنها تمثل حضارة الكفار غير المسيحيين فقد قال الأب هيرونيموس إن الفكر اليوناني لعنة على البشر. لذلك

كانت الترجمة العربية لهذا الإرث عملية إنقاذ لكنوز حضارة مهددة بالفناء لأن العالم المسيحي مهد تلك الثقافة اضمحل قسمه الغربي تحت وطأة ضربات البرابرة الذين نهبوا وأحرقوا روما ثلاث مرات بحيث لم يبق بين الخرائب التي خلفها الغزو إلا بعض الرهبان الذين أخذوا يفتشون بين الأنقاض عن بقايا العلوم والمعارف التي بقيت من حضارة ألف عام. وبالرغم من أن هؤلاء الرهبان أنقذوا ما يمكن إنقاذه إلا أن آفاقهم الفكرية كانت محدودة لأن همهم كان محصورا بالآخرة، أما بيزنطة وهي وريثة العالم الروماني اليوناني الذي نجا مما أصاب قسمه الغربي من خراب ونهب ودمار فقد تقوقع أباطرتها حول أنفسهم وراء سبعة كيلومترات من الأسوار التي أحاط بها تيودوس عاصمة ملكهم وكأن الأمر لا يعنيهم .وفي هذه الظروف ظهر العالم الإسلامي كقوة متماسكة منسجمة ملأت الفراغ الذي خلفه انقسام العالم المسيحي إلى عالمين غربي وشرقي هدمت العداوة بينهما كل ما خلفته روما وأثينا من صروح حضارية. مما خلق تربة صالحة لنمو التعصب وانتشار الجهل في المجتمعات الغربية التي كانت منذ قرون ترزح تحت كابوسين يقفان في طريق تقدمها. أولهما التعصب الديني وثانيهما انتشار الجهل الذي سماه المؤرخون القحط اللاتيني *(Penuria Latinitatis)*. وقد التفتت الكنيسة وهي المسؤولة عن الدين والدنيا في عالم القرون الوسطى فلم تجد حلولا لهاتين العقدتين إلا لدى العرب فقد وجدت متنفسا للتعصب الديني في شن الحروب الصليبية على عرب المشرق وفتشت عن مناهل المعرفة فوجدتها لدى عرب المغرب في أسبانيا وصقلية وقد سارت هاتان الحركتان العظيمتان بشكل متواز في طرفي العالم الإسلامي.

*** نقل الحضارة العربية إلى الغرب :**

منذ القرن العاشر اجتذب التفوق الفكري لدى عرب الأندلس الكاهن جيربير دواوريلاك فنقل نماذج من علومهم أكسبته من الاحترام والتقدير ما أوصله إلى كرسي البابوية

وجاء القرن الحادي عشر بقسطنطين الأفريقي الذي نقل للعالم المسيحي كتاب كامل الصناعة الطبية لعلي بن عباس وزاد المسافر لابن الجزار وشرح لأقوال جالينوس المأثورة وغيرها.

وبالرغم من كل ما ألصق بقسطنطين من اتهامات تتعلق بانتحاله لبعض الكتب العربية التي ترجمها إلى اللاتينية وبالرغم من ترجماته التي تنقصها الدقة فإن العالم الغربي مدين له بفتح أبواب كنوز المشرق وتوجيه الأنظار إليها. فقد مضت ثلاثة قرون على العمل الرائع الذي تناول ترجمة العلوم الإغريقية بالدرجة الأولى والهندية والفارسية والسريانية بالدرجة الثانية إلى اللغة العربية عندما نما وعي الغرب لتأخره ونضج لدرجة أشعرته بحاجته للمعرفة. وعندما أراد إعادة الصلة بالفكر القديم التفت أولا وقبل كل شئ لا للمنابع اليونانية بل إلى العربية التي تنبض بالحياة والموجودة على عتبة داره ففي هذا الوقت عمت العالم الغربي حركة ترجمة واسعة بين لغات العصر وقد كانت الترجمة من العربية إلى اللاتينية أهمها بحيث يمكن القول بأن ما ترجم من اللغة العربية إلى اللاتينية يعادل ما نقل من كل اللغات الأخرى .ويعود الفضل فيه إلى رئيس أساقفة طليطلة الفرنسي ريمون الذي جعل من طليطلة منارة اجتذبت كل علماء أوربا خلال القرنين الثاني عش والثالث عشر. وكانت أول الأعمال التي أوحى بها تتناول الفلسفة وتلى ذلك ترجمات كتب في الرياضيات والتنجيم والفلك والطب ومن أوائل المترجمين في طليطلة جان دوسيڤيل الذي ترجم كتاب «الروح» لابن سينا وكانت حفظ الصحة لأرسطو وكتاب الفرق بين النفس والروح لقسطا بن لوقا وكتاب الأشكال لثابت بن قرة.

على أن أكثر المترجمين إنتاجا و أوسعهم شهرة كان جيرار دوكريمون الذي تميز بتنوع ترجماته فقد شملت علوم المنطق والهندسة والفلك والتنجيم والفلسفة والطب والكيمياء، وقد تبين أن مجموع ما ترجمه جيرار وحده

يتألف من واحد وسبعين كتابا على الأقل، ومما لا شك فيه بأنها ثروة علمية ضخمة انتقلت إلى الغرب وأسهمت في تكوين أجيال من العلماء في جامعاته.

إن الكتب التي نقلتها أوربا إلى لغاتها كانت تمتاز بالوضوح والترتيب والتسلسل لذلك فقد ظل بعضها كتبا مدرسية بين أيدي الطلاب قرونا عديدة كالقسم الخاص بالجراحة من كتاب التصريف لأبي القاسم الزهراوي الذي طبع في البندقية عام 1497 وفي بال عام 1541 وفي أكسفورد عام 1778 وبقي كتابا مدرسيا للجراحة قرونا عديدة في مدرستي سالرنو ومونبلييه، كما ظل كتاب القانون لابن سينا سبعة قرون بين أيدي الطلاب الغربيين.

لقد ألف العلماء العرب كتبا مختصرة وموسوعات مطولة وجداول بشكل أسئلة وأجوبة ونظموا بعضها شعرا بشكل أراجيز يسهل حفظها على الطلاب وسهلوا بشروحهم ومنهجية تأليفهم سبل تحصيل العلوم وطوروا الطرق القديمة التي شاع فيها الغموض والإبهام ولا أدل على ذلك من رأي علي بن عباس حين قال:

«إني لم أجد بين مخطوطات القدامى كتابا واحدا يحوي كل ما هو ضروري لتعلم فن الطب فأبقراط يكتب باختصار وأكثر تعابيره غامضة بحاجة إلى تعليق كما وضع جالينوس عدة كتب لا يحوي كل منها إلا قسما من فن الشفاء ومؤلفاته طويلة النفس وكثيرة التردد ولم أجد كتابا واحدا له يصلح كل الصلاح للدراسة».

إن هذه العيوب في كتب الأقدمين هي التي حدت بالأطباء العرب لتحاشي ما وقع فيه أساتذتهم الإغريق فعكفوا على وضع كتب جامعة يغني الواحد منها عن مجموعات كثيرة من كتب الأئمة الأولين ومنها الملكي والحاوي والقانون والتصرف وزاد المسافر والتيسر ومئات من الكتب العربية التي شهد مؤرخ الطب (نيوبيرجر) بفضلها على طلاب المعرفة في أوربا القرون الوسطى إذ قال:

«إن العرب هم الذين أدخلوا النور والترتيب على تراث القدماء الذي طالما اكتنفه الغموض وأعوزه التسلسل. وعوضا عن النقل الآلي للفقرات وتجميع المعلومات واضطراب المخطوطات الكثيرة لدى البيزنطيين صنف العرب كتبا مختصرة جامعة عظيمة التماسك صبوا فيها كل المواد الدراسية الخاصة وعرفوا كيف يقدمون العلوم في أشكال سهلة وصاغوا من لغتهم الحية تعابير علمية مثالية».

هذه الشهادة وأمثالها مما أتى على ألسنة المنصفين من مؤرخي العلوم لهو دليل قاطع على أصالة ما أبدعه العرب في شتى العلوم التي طرقوا أبوابها فقد قال الدكتور عبدالحميد صبرة:

«إن التراث الذي خلفه العرب شيء آخر غير التراث الذي ورثوه، لذلك فإن الادعاء بأن العرب لم يكونوا إلا نقلة لكتب الإغريق افتراء محض على الحقيقة الناصعة التي تؤيدها أعداد وأنواع الكتب العربية التي نقلها تراجمة طليطلة وسالرنو ونابولي والتي أحصاها مؤرخ الطب العربي لوسيان لوكليرك. فقد تضمن مسرده كتب خمسة عشر عالما يونانيا بينما كان عدد الذين ترجمت كتبهم من العلماء العرب خمسة وخمسون مع الأخذ بعين الاعتبار أن عدد الكتب العربية تزيد أضعافا مضاعفة عن ما ترجم من الكتب اليونانية. فقد ترجمت تقريبا كل كتب ابن سينا والخوارزمي وحنين ابن إسحق وعلي ابن عباس والرازي وبعض كتب الكندي وثابت بن قرة وابن رشد والغزالي وكثير غيرهم. لقد تلقت أوربا هذه الكتب بشغف شديد، إذ لم تكد تخرج من بين أيدي التراجمة في طليطلة حتى تلقفها أشهر علماء العصر أمثال روجيه بيكون وألبير الكبير وڤانسان دوبوڤيه وغيرهم».

وفي نهاية القرن الثالث عشر كان طريق الثقافة يبدأ عند أبواب طليطلة ويقطع جبال البرانس مارا بالبروڤانس ومضائق جبال الألب حتى يصل إلى اللورين وألمانيا وأوربا

الوسطى وعبر القناة إلى إنجلترا. وكانت مرسيليا وتولوز ومونبلييه مراكز فرنسية للفكر العربي. وفي شرق فرنسا كان دير كلوني الذي يضم عددا من الرهبان الأسبان مركزا مهما لنشر العلوم العربية وكان رئيسه بيير لوڤينير ابل يشرف عام 1141 على أول ترجمة لاتينية للقرآن إلى جانب نشرات مختلفة ضد الإسلام. فالعلوم العربية التي دخلت اللورين في القرن العاشر جعلت من هذه المنطقة مركزا للنفوذ العلمي في القرنين القادمين بحيث أصبحت ليبيج وغورز وكولون وغيرها من المدن أرضا خصبة لنمو المعرفة العربية ومن اللورين انتقلت إلى أجزاء أخرى من ألمانيا ومنها إلى إنجلترا النورماندية وهكذا فقد انتشرت الثقافة العربية الآتية من أسبانيا وصقلية في جميع أنحاء غرب أوربا.

* تأثير اللغة العربية في اللغات الأخرى:

إن آثار تغلغل الحضارة العربية الإسلامية وعلومها في صميم حياة الأوربيين يبدو واضحا في الأعداد الهائلة من الكلمات العربية التي دخلت لغات العالم الغربي. فقد فرضت لغتنا نفسها وتركت بصماتها في كل اللغات الأوربية وتسربت إلى كل مناحي الحياة وبرزت جلية في المأكل والملبس والمسكن والبيع والشراء وفي العلوم والفنون والصناعات التي نقلتها أوربا عن العرب.

وما كلمات الجبر والكيمياء والصفر والعنبر والكتيار والأميرال والقطن والليمون والسكر والياسمين والشيك والصوفا وطرف الغار والموسلين والدامسكو والبرقوق إلا نماذج أخذت من حقول كثيرة تطفح بالمئات من التعابير والمصطلحات ذات الأصول العربية. وإن آلاف الكلمات التي دخلت اللغتين الاسبانية والبرتغالية احتفظت بجرسها العربي كالقاضي والمخدة و الزيتونة والمعصرة والوادي الكبير والناعورة ووداي الحجارة وغيرها... ولابد لمن يجتاز الأطلنطي باحثا عن كلمات عربية في لغة القوم إلا أن يجد عشرات منها نقلها المهاجرون الأوائل مع ما نقلوا من متاع وأفكار فكلمات الكامل والساهارا والشريف والجازيل والماترس والكاندي إلا أدلة على وجود غيرها من الكلمات ذات الأصول العربية.

ويتجلى انتقال الإرث الحضاري العربي الإسلامي من القومية إلى العالمية في انتشار الكتب العربية بين أيدي الطلاب في كل البلدان الأوربية ولا أدل على ذلك من أن كتاب القانون طبع ست عشرة مرة حتى عام 1500 مقابل طبعة واحدة لجالينوس وفي القرن الذي تلاه زاد عدد الطبعات فبلغت العشرين وظل القانون يطبع سنة بعد سنة حتى النصف الأول من القرن السابع عشر وبذلك يكون هذا الكتاب العربي أكثر كتاب طبي درسه طلاب المعرفة في تاريخ العالم.

* دور المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية في ترجمة العلوم الطبية حديثا:

رأينا في الجزء الأول من هذه المقالة المختصرة كيف كانت أهمية الترجمة في تاريخ الطب العربي من ناحية، والعالمي من ناحية أخرى. وفي العصر الذي نعيش فيه، وهو عصر تفجر المعرفة وثورة المعلومات، نجد أن التاريخ يعيد نفسه، فكلما زادت المعارف البشرية، ازدادت الحاجة لترجمة هذه المعارف إلى جميع لغات العالم ليستفيد بها أكبر عدد ممكن من الدارسين. ويشير واقع لغتنا العربية الحالي إلى أننا لم نعد سادة العلوم، إذ أن أغلب الأبحاث الطبية تكتب بغير لغة الضاد، ومن هنا برزت الحاجة لإنشاء المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية، وهو منظمة عربية منبثقة عن مجلس وزراء الصحة العرب- جامعة الدول العربية، فبالإضافة إلى تشجيعه لكتابة المؤلفات الطبية باللغة العربية، يعمل المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية على ترجمة أهم المراجع الطبية العالمية من اللغات الأجنبية إلى اللغة العربية، مما يوفر أداة لتعريب التعليم الطبي. وقد قام المركز منذ إنشاءه بترجمة ما يربو على أربعين كتابا طبيا في شتى العلوم الطبية والصحية، كما أصدر مجلة «تعريب الطب» ليواصل مسيرته نحو القرن الحادي والعشرين، وربما كانت الترجمة هي سبيل

ولوج هذا القرن بالنسبة لنا حتى نصبح صانعين للحضارة ومنتجين للعلوم والمعارف الطبية في القرن القادم، فكما أن النهضة الطبية التي نراها حاليا في الغرب قد نشأت نتيجة لقيامهم بترجمة الكتب الطبية العربية إلى لغاتهم، نرجو أن تكون نهضتنا القادمة نتيجة لتكامل جهود الترجمة إلى العربية والتأليف بها في الوقت نفسه.

إن إنشاء مراكز للترجمة والتأليف في مختلف العلوم الطبية والصحية، وفي جميع أنحاء الوطن العربي يعد من الأمور الأساسية التي ستساعدنا على بلوغ التقدم في القرن الحادي والعشرين، وهي فكرة ليست بالجديدة، ولا هي وليدة هذا العصر، فقد رأينا كيف كانت مراكز الترجمة في العصور السابقة منارات للمعرفة الطبية التي نقلها العرب عن غيرهم، ثم نقلها منهم الغرب وبنى عليها أسس نهضته الصحية التي نحاول اللحاق بها الآن .

إن الترجمة والتأليف تعني نقل الحضارات وتبادل المعارف والخبرات بين الشعوب، مما يشير إلى أن فكرة «العولمة» (Globalization) التي يتشدق بها كثيرون هذه الأيام ليست بالفكرة الجديدة، بل هي موجودة منذ العصور القديمة كما تجسدها تلك الكتب المنقولة من لغة لأخرى لنشر المعرفة ذاتها بين جميع الشعوب.

إن العولمة كفكرة، وكتطبيق كانت موجودة في تاريخ الطب منذ القدم، حيث كانت الحضارات ممتدة ومتصلة ببعضها البعض، إذ كيف كان من الممكن-لولا العولمة-أن يدرس العرب طب أبقراط، ويدرس الغرب طب ابن سينا والرازي؟، مما يشير إلى أن المعرفة هي في الأصل عالمية.

وفي عالم اليوم، تزداد الحاجة إلى العولمة والتقاء الحضارات مع زيادة كم المخرجات العلمية والأدبية في شتى المجالات، وفي هذا المجال، يمكننا الاستفادة من جميع منجزات العصر من وسائل اتصال وبرامج للترجمة الآلية على أن نقوم بدورنا في هذه القرية الكونية الصغيرة، وهو ما نحاول عمله في المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية، والذي يعد خطوة نريد أن تتبعها خطوات وخطوات تتضافر جميعها للنهوض بالطب العربي وبالثقافة العربية ونقل الحضارات والمعارف إليها من جميع اللغات، ولغتنا ولله الحمد غنية وقادرة على استيعاب جميع فروع المعرفة البشرية، فلغة وسعت كتاب الله تعالى لفظا وغاية ليست بعاجزة عن استيعاب ألفاظ علمية أو مصطلحات طبية.

*** Bibliography:**

- العابد، ب. والشطي م.، مسيرة الحضارة العربية الإسلامية من الإقتباس إلى الإبداع والعالمية، مؤتمر تعريب التعليم الطبي، الكويت (1996/4).

Farther References are available from ACML on request.

عَجِبَ الدهرُ من صمودي وصبري ... رغم أن الجُناةَ أهلي وقومي

هجروني بغير ذنب ولكن ... هي دعوى جهالةٍ دون علمِ

ما الّذي في اللغات ما ليس عندي ... وهي مني ومن جذوري وجَرْمي

من تكونوا بغير إسمي وديني ... غير عُجمٍ على جهالة بَهمِ

للشاعر: خالد الشايبي



المجلد2 ، العدد3
نوفمبر 1998

التعريب : حدود الواقع وآفاق المستقبل

د. جمال الدين أحمد حسن أبو رجيله*

بات التعريب اليوم بشكل أكثر من أي وقت مضى أداة فهم ووسيلة استيعاب ومراجعة، بل أصبح قريباً بشكل مباشر من آفاق واقعنا وإشكالياته الملحة ،وبات مشاركاً في إعادة صياغة مفردات المجتمع الفكري ومستقبل المنظومة الثقافية العربية التي تواجه تهديداً مباشراً لوجودها الفكري والثقافي. فلا شك أن القرن القادم يُقبل وقد حمل تغيرات جذرية تتبدى ملامحها على كل الأصعدة الثقافية والعلمية، وهذا يطرح وجوب إطلال الثقافة العربية على الفكر الكوني على وجه العجلة وبإلحاح؛ إذ لا تحتمل التفاعلات الطبية والعلمية، فضلاً عن غيرها، التأجيل. وأصبح لزاماً على حداثتنا العربية المأمولة أن تمتلك أدوات المعارف الجديدة التي تسمح لها بتعزيز الممكنات لتجددها. وهذا هو الامتحان الكاشف لحيوية أية منظومة ثقافية في حاضرنا المعاصر، وهو الذي يظهر قدرة فعالياتها على الصمود في مواجهة أزماتها حين تخضع ذاتها للاستجواب حول شروط وحدود مصداقيتها تجاه واقعها وراهنها، وتستجيب بالفهم والمواءمة لمستجدات حياتها لتنجو من متاهة الغياب في مواجهة الواقع. فإن الحداثة الثقافية هي التي تجدد مجتمعها عندما تتجدد فيها أدوات إدراكها وفهمها للعالم وطرق التعامل معه وتستطيع أن تحتوي نماذج المعاصرة دون خطاب المغالطات الذي يهمّش التفاعلات بين الثوابت الحضارية وبين الابتكارات المتجددة.

إن ما يطلق عليه اليوم « الفكر الكوني» أصبح واقعاً ماثلاً يتأسس على قواعد واقعية وحقائق موضوعية تؤكد يوماً بعد يوم وحدة الإنسانية في مصيرها العلمي والطبي فضلاً عن المصير الثقافي ووحدة الآمال نحو عالم أفضل. ولاريب أن العرب الأوائل هم أول من استطاعوا إقامة مراكز الترجمة والتعريب التي شكلت الإطلالات المنظمة على العلوم الرومانية واليونانية والفارسية ليصيغوا لنا أعظم منظومة إبداعية نبعت من أصالة مفكريها ومن تعدد روافدها لنتعلم كينونة التحديث وقانوني حركته واتجاهه، ولندرك ونحتضن المعارف الثقافية والنهل من منابعها مع تهذيبها التهذيب اللائق بأصالتنا والذي يوالي مسالك الإنفتاح على حدود الاتصال ولا يهادن سدود الإنفصال كرهاً أو خياراً.

إن الحضارة العربية تواجه اليوم تهديداً مباشراً لوجودها من أزمات عديدة كفيل كل منها بأن يفقدها المعنى في مواجهة الثقافات المعاصرة والتي تمس تحديداً القيم المعيارية للمجتمع العربي والإسلامي في نوعية علاقاته ونظم وجوده وقدرته على تجسيد حركة الواقع تجسيداً معاصراً. وأشد الأزمات هي هذه الفتوحات العلمية المتجددة التي ناءت بعيداً عن أعين الحضارة العربية لوعورة وسائل الاتصال المعرفي واللغوي، ذلك الاتصال الذي بدأه الأوائل وقننوا مشروعيته فأصبحت ثقافتنا اليوم غافلة عن طرح التساؤلات

---

* *اختصاصي المسالك البولية ، القاهرة ـ جمهورية مصر العربية .*

للبحث عن نقاط ارتكاز في امتلاك أدوات معارف متجددة تسمح لها بتعزيز مصداقيتها تجاه واقعها.. تلك المصداقية التي تحتوي أعضاء هذه الثقافة بين جوانحها والتي بدونها لا توجد حضارة أو حداثة مأمولة.

أما أكثر هذه الأزمات وعورة فهو خطاب المغالطات الذي يهمّش القضايا الفكرية ويبسّط الأمور، وأطروحاته هي أطروحات الإنغلاق والتحلل من أعضاء هذه الثقافة فيُسقط هذا الخطاب حركة الواقع وخصوصيات دلالاته وتنغلق عليه هذه الشفافية التي أحدثتها ثورات الكاميرات والإنترنت التي جعلت العالم بشفافية الزجاج، وبات خطابهم من المستحيل بمكان في عالم يمطر كل جديد.

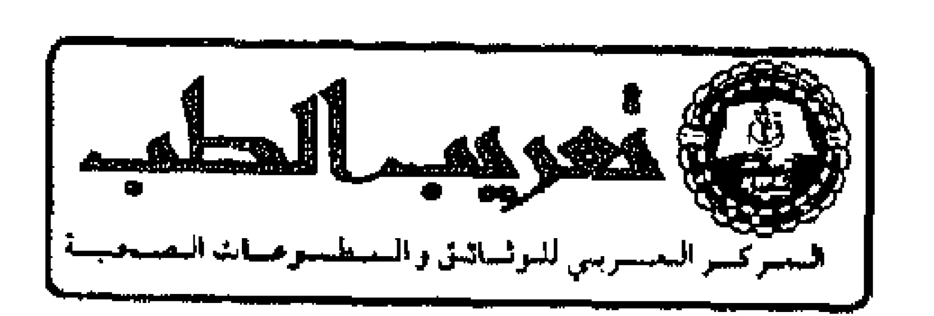
ونأتي لحديث الأزمات المتتالية من جبهات الذوبان في أحضان التغريب بدعوى عدم لياقة اللغة العربية لتحمل تبعاتها الثقافية وتأخذهم الحماسة إلى الكونية وهم يعتقدون وللأسف أن اللغة ـ وهي وسيلة الاتصال الحضاري ـ لا تعدو إلا أن تكون جامدة المعاني وهي الحاضر الغائب عن كينونة الإنسان. ولم يدركوا أن اللغة هي وعي الإنسان بكينونيته الوجودية، وهي السجل الناطق بأبعاد هويته الذاتية وتشكل البنية الثقافية الخاصة بحضارة الأمم.

إن كثيرين انصرفوا عن الترجمة والتعريب بدعوى التحجر الذي أصاب اللغة ولم يجهدوا أنفسهم بتمحيص هذه الدعوة وبحث وثائقها، بل اكتفوا بترديدها وراء من سبقهم إليها ورغبة في الاستئثار منْ جانب البعض الآخر. وأوغل بعضهم في الظلم إيغالاً بشعاً كأنما كل همه أن يهدم اللغة العربية ويتنصل من كل مالها به صلة، واتجهوا إلى الجحود والنكران عن قصد أو غير قصد. إن العالم يتغير ويتغير بسرعة.. ويكسر حواجز الزمان والمكان وهناك القضايا الملحة التي تحتاج للبحث والتمحيص، والحداثة المرجوة لوطننا العربي تطالبنا باتخاذ الخطوات السريعة في شأن بعض المطلقات مثل الانتماء والاعتزاز والقيم والجذور وبحث قيمها الأصيلة مع عزل «التابو» الذي يحول بيننا وبين الإطلالة الثقافية لتوليد طاقة حضارية تصنع عقل الأمة الذكي والمبتكر.

ونأتي إلى المعجزة اليابانية التي انطلقت بعد تجربة محمد علي بنحو أربعين عاماً واستطاعت نقل العلوم الغربية إلى اللغة اليابانية وأقامت أعظم حضارة علمية في المشرق وفرضت لغتها القومية حتى على المعاهد الأوربية والأمريكية. ولا يفوتني أن أوضح أن النمور الآسيوية تبذل جهوداً هائلة من أجل إعادة هيكلة أنظمتها التعليمية من أجل وضع اللغة اليابانية موضع الاهتمام. وإذا أطللنا على أحدث مؤلفات د.عبدالقادر حاتم لأدركنا الكثير والكثير من تجارب الترجمة والتعليم في اليابان.

لقد أصبح لزاماً على المثقفين العرب الآملين في حداثة قومية تحمل الأطر الحضارية فوق أكتافها أن يعيدوا صياغة مفردات الملكة المعرفية وأن يوحدوا نشاطها وآليات اشتغالها لهدف واضح وجلي والمسارعة في وضع آليات التحديث بادئين جهودهم بتعريب العلوم والطب وأن يواجهوا سدنة الزيف الذين يتغنون بجمال مصيرنا الكوني في إبعاد اللغة عن ركب العلم فرحين بتهميش العقول، فنجد اليوم الكثير من العلماء والمثقفين الذين يُخضِعون منهجهم الإقصائي لمناهج اللابحث واللاعلم فيفرض بعضهم أسوار الماضي من خلال دغدغة العواطف والشعور، ويفرض الآخر الحداثة الغربية والذوبان فيها فلم يدركوا ولن يدركوا إلا بعض ظواهرها وألوانها ولا يستطيعون الإسهام بأقل جهد في بناء ثقافي أو حضاري. وأصبح أعضاء الشعوب العربية في مأزق حقيقي من لغتهم وثقافتهم العربية حاصرتهم فيه قوتا الإقصاء والإذابة. وليس هناك بد للمثقفين العرب في بناء آليات التعريب والترجمة التي تؤثر في حركة وفكر المنظومات الحداثية ووضع نقطة ابتداء يقينية من أجل التحديث وأن تلتف طاقة المبدعين حول التعريب كمحور وضرورة. وأن يكون الإلتفاف مستمراً ويكون الهدف دائماً هو وضع الحضارة العربية ـ بلغتها العربية ـ على الخريطة العالمية كحضارة حديثة لها أن تقبل أو ترفض، تنتج وتستهلك، وأن تتفاعل بثوابتها ومتغيراتها في مستجدات المفاهيم والأدوات.

المجلد2 ، العدد3
نوفمبر 1998



مفهوم الألم في اليونان القديمة

The Concept of Pain in Ancient Greece

برغم أن الألم شعور يحس به كل منا ، إلا أنه لم يحظ بنفس المكانة في كل المجتمعات أو في جميع العصور. وبرغم النظرة الحالية من أن الألم يندرج تحت تصنيف عام واحد ، يبدو في واقع الأمر أن الألم، أو الآلام، لا يتم التعبير عنه بالطريقة ذاتها في جميع الثقافات وربما حتى أنه لا يستشعر بصورة متماثلة.

ونحن نعلم، على سبيل المثال، أن العتبة (Tbreshold) التي يصبح الألم عندها غير محتمل تتباين، ليس فقط من شخص لآخر، بل وتختلف حسب الثقافة التي نشأ المرء فيها. وتحت قاعدة مبنية على البيانات التشريحية والفيزيولوجية، يبدو أن الألم يستند أيضا إلى أسس ثقافية واجتماعية.

ويرجع إلى ذلك سبب إمكانية أن ترشدنا وجهة نظر المؤرخين، عندما يتم تناولها كما سنفعل هنا من خلال بعض الأمثلة من اليونان القديمة، إلى وجود اختلافات جذرية، إضافة إلى الحاجة إلى اللجوء إلى التعليل غير المألوف للمناظرات الأبقراطية (Hippocratic: نسبة إلى «أبقراط» [?460-377 ق.م] وهو أعظم أطباء العصور القديمة، والملقب بأبي الطب)، من أجل تحليل الطرق التي ننتهجها في التعبير عن الألم، ولإظهار أنها ليست استجابات طبيعية أو تلقائية: وهنا يفيد الماضي، ليس من أجل قيمته بالنسبة للفضول والاستكشاف بل من أجل مساهمته في فهمنا للسلوكيات المعاصرة تجاه الألم، حيث أنه يعد وسيلة ممكنة لدمج أفكارنا المسبقة والركائز الأساسية لفهمنا للألم ضمن سياق موحد.

لماذا اخترنا اليونان القديمة؟ لقد اخترناها خصيصاً لأن نصوصا مثل الإلياذة (Iliad) والأوديسة (Odyssey) قد كوّنت جزءا من هويتنا الثقافية المألوفة، والتي استمرت حتى يومنا هذا ، ولأن الإغريق قد ركزوا كثيراً على أهمية الألم. وفي حالة هذه الحضارة بالذات، يتيح لنا المنظور التاريخي لعالم هوميروس (Homer: القرن الثامن أو التاسع ق.م) كما يصفه في كتاباته (والذي استمر في ملحمة «الإلياذة» من نحو القرن الثامن إلى منتصف القرن الرابع قبل الميلاد) ، أن نقارن بينه وبين أنماط أخرى من كتابات العصر نفسه. وعلى سبيل المثال، يمكننا مقارنة كتاباته الملحمية والتراجيدية التي اخترنا لها بعضا من

أعـمـال سـوفـوكليس (Sophocles : [?496-406 ق.م.]، مؤلف مسرحي إغريقي وأحد أعظم المسرحيين التراجيديين في اليونان القديمة)، أو يمكننا مقارنة الدراسات العامية بتلك الطبية المتخصصة، مثل تلك التي جاءت في «مجموعة أبقراط» (The Hippocratic Collection: مجموعة من الكتابات الطبية البالغ عددها 70، ومن المعتقد أن أبقراط نفسه لم يكتب منها سوى ستة فقط، ويعتقد أيضاً أن تلك الكتابات تمثل ما تبقى من كتب كلية طب الشهيرة في جزيرة «كوس» (Kos) اليونانية حيث عاش أبقراط) والتي كانت معاصرة جزئياً لمسرحيات سوفوكليس التراجيدية. وبالإضافة إلى ذلك، فإن العمل الكامل المعروف بإسم «مجموعة أبقراط» قد ظل مؤثرا بصورة حية على المعرفة الطبية حتى نحو منتصف القرن التاسع عشر. وقبل أن تصبح موضوعاً لدراسات علماء الفيلولوجيا (Philology: وهي دراسة فقه اللغة المقارن بوصف اللغة أداة التعبير في الأدب وحقلا من حقول البحث يلقي ضوءاً على التاريخ الثقافي للشعوب الناطقة بها) والمؤرخين الطبيين، كانت نصوص أعمال أبقراط تدرس في كليات الطب من أجل نظرياتها العلمية القيّمة، ومن أجل روحها وطريقتها العملية، وأيضا من أجل ملاحظاتها السريرية (Clincical Observations). ومن خلال إعطاء الأولوية لوجهة النظر الطبية، نهدف إلى تجنب الانزلاق إلى اللعبة الخطيرة لمحاولة الوصول إلى تشخيصات استعادية (Retrospective) بغرض إعادة استكشاف تلك الكينونة أو مجموعة الأعراض المتعلقة بالتصنيف المرضي (Nosological) في نصوص أبقراط، والتي قد تغري المرء بصورة خاطئة لترجمتها إلى لغة العصر الحديث. وإذا سألنا أنفسنا عن الكيفية التي يوصف بها الألم في بعض النصوص الإغريقية، يجب علينا محاولة فهم الطريقة التي تصف بها حضارة ما تجربة الألم، أي ما تخفيه وما تكشف عنه صراحة فيما يتعلق بهذه التجربة.

وربما كان الهدف المنطقي لكل دراسة لتركيب ووظيفة الألفاظ الواردة في كتاب معين هي القبض على الحقائق الباثولوجية (المرضية) المتخفية وراء النصوص المتباينة والأنماط المختلفة من الجمل الواردة في الكتاب. ومع ذلك،ومن أجل الإحاطة بجميع أطراف الدراسة، من المهم تذكر تلك السبل الأخرى التي لا غنى عنها من أجل التوصل إلى الحقائق، وهي الأيقنة (Iconography: التمثيلات الرمزية)، وبصورة غير مباشرة الباليوباثولوجيا (Paleopathology: علم الأمراض في مخلفات عصور ما قبل التاريخ، مثل العظام والمومياوات وغيرها).

* معجم الألم في أعمال هوميروس:

تصف الروايات الملحمية ذاتها تجربة معينة للألم، وهي تلك الناجمة عن جرح أو ضربة يتلقاها المحارب في نزال منفرد؛ ومع ذلك، فليس هناك مكان تقريبا للآلام المزمنة، مثل تلك المصاحبة للأمراض الطويلة الأجل، ولأن هذا البحث موجه نحو دراسة الألم الجسدي (Physical) وليس لصنوف المحن والعذاب التي تحملها الأبطال العائدون إلى الوطن بعد انتصارهم في طروادة (Troy)، فقد شمل بحثنا دراسة ملحمة «الإلياذة» قبل «الأوديسة». ويمكن التعرف على ست مجموعات من الكلمات التي تشترك جميعها في وجود رابطة بينها وبين الألم. ومن الممكن التعرف على مفردات تصف حالة الحِداد (Mournig) وطقوسها مع ما أسموه «بنثوس» (πενθοσ [*penthos*])، ومفردات تصف الأسى (Grief) والعناية غير العادية التي أعطيت لذلك الحدث من أحداث الحياة، والذي كان يدل أساسا على القلق والهواجس - «كيدوس» (κηδοσ [*kèdos*]])، والذي يمكن أيضا أن يتنافس مع كلمة «ألجوس» (αλγοσ [*algos*]]). وفي النهاية، هناك معجم كامل يبنى على لفظة «آخوس» (αχοσ [*achos*]]) والتي تعّبر تقليديا عن إحساس عنيف ومفاجئ واختلاط في المشاعر من الممكن أن يؤدي إلى

القنوط (Despondency). وفي تلك الحالات الثلاثة، هناك دلالات ضمنية خاصة تتيح لنا فهم معنى تلك المصطلحات بالرجوع إلى الظروف الاجتماعية أو أنماط المشاعر الشائعة وقتها. ومع ذلك، فيجب الاعتراف بأن الفصل الدقيق بين الألم الجسدي والمعنوي لا يعتبر دالة (Criterion) مناسبة للتعرف على كل من المصطلحات على حدة. وكما هو الحال بالنسبة للكلمات الثلاثة الأخرى التي ينبني عليها معجم مفردات الألم (وهي «أودوني» *(odunè)*، و«بيما» *(pèma)*، و«ألجوس» *(algos)*)، يصبح التراكب والتداخل بين الألم الجسدي والمعنوي كاملا، كما ظهر جليا في الأمثلة التي ساقها ليدل ـ سكوت (Liddel- Scott) عام 1966. ويبدو أن كلمة «أودوني»، والتي أحيانا ما يتم قبولها، بدون تمعن كاف من وجهة النظر الإيتمولوجية (Etymology: علم دراسة أصول اللغات واشتقاقاتها)، في قاموس المفردات التي تصف آلام الولادة («أودينس» [*odines*] ωδινεσ)، تعبر عن ألم حاد مفاجئ يتميز عموما بكونه يحدث في موضع محدد جيدا. والنعوت (الصفات) المرتبطة بالألم في الغالب هي «أوكسوس» ([*oxus*] οξυσ)، و«بيكروس» ([*pikros*] πικροσ)، بمعنى حاد ومحدد (Pointed)، أو قاطع وقارص (Biting) على الترتيب: وعن طريق ضرب من العمليات العكسية، والتي لا تتميز بكونها بلاغية صرفة، كانوا يشيرون بذلك إلى الآلة التي تسببت في الجرح أو اللدغة، مثل الرمح أو السهام. ومن المؤكد أنه لنفس السبب بالذات، تتميز تلك الأوصاف بالسرعة (Rapidity) مثلما نجده في الكتاب الخامس من ملحمة «الإلياذة» عندما تصاب أفروديت (Aphrodite: في الميثولوجيا اليونانية، إلهة الحب والجمال) بجراح، وتكون الآلام التي تعالجها الآلهة ليست ذات طبيعة مختلفة عن تلك التي يعالجها الأبطال. ويمكن أن نرى ذلك مرة أخرى في الكتاب الحادي عشر من الملحمة ذاتها. ويظل استخدام الأفعال التي تصف تلك التجربة أكثر إيحاء: فاللحم يطعن مرارا وتكرارا، كما يظهر واضحاً في السابقة (*dia*)، بمعنى من خلال، مرارا وتكرارا. ويشعر الجريح بالإنهاك، أي بالمعنى الحرفي للبلى والتمزق (Wear and Tear) ـ «تييرو» ([*tiero*] τειρω)، والذي يزداد حدة بفعل العرق المتكون، في حين يعني ذلك في مقاطع أخرى الإحساس بالثقل أو الضغط الذي يرتبط بالشعور بالألم: «يتم تلطيف حدة المعاناة الثقيلة».

وتضم «الإلياذة» طرقا عديدة لوصف تلطيف الألم: وعلى سبيل المثال، فقد تعلم رب المعالجة، بيون (Peon)، والمعروف باسم «أبوللو» (Apollo)، بعد ازالة أحد السهام أو الأجسام الحادة، كيف يصف «العلاجات التي تخفف الأوجاع»، على الرغم من أن القصة لا تخبرنا عن ماهية تلك العلاجات.

وبعكس لفظة «أودوني» السابقة الذكر، تمثل لفظة αλγοσ(ألجوس) ومشتقاتها، نمطا أكثر عمومية من المعاناة التي تكتنف الجسد كله: ولأن هذه الكلمة تتسم بكونها مبهمة وغير محددة المعالم، نجد أن مشتقاتها مثل «ألم القلب» (Cardalgia)، و«ألم الرأس» (Cephalgia) تقدم لنا معلومات إضافية عن موضع الألم. ولا تستخدم لفظة (ألجوس) فقط كما يقترح السياق اللفظي للحديث (أي بمعنى تحمل، أو احتمال، أو مغالبة الألم). للدلالة على الاستسلام للمعاناة وبالتالي على صفة موروثة للقضاء المحتم على البشرية؛ فهي تدل أيضا على المعاناة الطويلة الأجل من خلال تسجيل مدتها الزمنية وقابليتها للتكرار: ويشار إلى ذلك في الأبيات 321-326 من الكتاب التاسع لملحمة «الإلياذة»، حيث يصرح «أخيل» (Achilles) قائلاً : «لقد عانى قلبي من كل هذا الألم، كما عرضت حياتي للخطر في القتال اليومي من أجل شيء تافه». ومن الممكن تقديم قدر إضافي من الدقة بالرجوع

إلى فكرة أن «الألجوس» «يحتفظ دائما بمسافة سيكلوجية معينة بالنسبة للأحداث الواقعية». وتتسم هذه المسافة بكونها زمنية وسيكلوجية في الوقت نفسه: فعندما يتحدث بطل الملحمة عن «الألجوس». فهو إما يشير إلى آلام غيره من الناس، أو أنه لا يعـــاني من الألم في الوقت الذي يتحدث فيه عنه.

ويرغم أن الجذر اللغوي «ألجوس» كان أكثر إنتاجية بالنسبة لمعجم المفردات الطبية الحديثة المتعلقة بالألم، ففي لغة هوميروس كانت لفظة «أودوني» هي الاصطلاح الفني الذي ينتمي إلى معجم المفردات الطبية المتخصصة.

لا يزال لدينا بعض ما نقوله عن تصنيف ثالث، وهو ذلك المتعلق بلفظة «بيما» (πημα [*pèma*])، والتي نجدها في سياقات مرتبطة «بالألجوس»، وبنفس الأفعال (Verbs) في أحيان كثيرة، ولن نناقش هنا قيمة اللاحقة الإغريقية: فيكفي القول بأن قيمة نتيجة فعل ما، وليست تلك المتعلقة بالحالة السلبية التي كثيرا ما تعزى إلى تلك اللاحقة، تتوافق مع التكوين التالي للغة. وفي هذا الموقف، تعني اللاحقة "*ma*" عكس ما تعنيه اللاحقة "*sis*"، والتي تستخدم بدورها في صياغة الكلمات الدالة على الفعل. وفي نصوص هوميروس، من الأفضل مقارنتها بتكوين الصوت الأوسط في اللغة اليونانية، والذي يتضمن وجود مهارة فاعلية (Subjective) ويشير إلى نشاط يضطلع به الفاعل. وبفضل ذلك تعبر الفروق الموجودة بين اللاحقتين *ma* و*sis*، وبين لفظتي «ألجوس» و«بيما»، بمنتهى الوضوح عن ظاهرة ليست لها علاقة بأي سبب، والتي ـ ولهذا السبب ـ تفرض نفسها على الشخص المكروب بصرف النظر عن أية رغبة شخصية. كيف يمكننا عندئذ، أن نستشعر المعنى المزدوج للفظة «بيما»، والتي تعني ـ من ناحية ـ البلاء، أو الكارثة، أو سبب سوء الحظ أو ضحيته، ومن الناحية الأخرى تعني الألم والمعاناة؟ وفي ذلك الاستخدام الأخير، يمكن أن تعني لفظة «بيما» في بعض الأحيان نفس ما تعنيه لفظة «ألجوس» لأنها تلطخ باستخدامها في تعبير «بيما باسخو» (πημα πασχω [*pèma pascho*])، والذي يوازي تعبير «ألجي باسخو» (αλγη [*algè pascho*] πασχω)، ولا يتعارض المعنى شبه الاجتماعي للفظة «بيما» ـ أي الكارثة ـ مع ما ذكرناه سابقا عن قيمة اللاحقة "*ma*"، لأنه من الممكن هنا تحديد معنى موضوعي للفظة يدل على ألم يوجد بصورة مستقلة عن العقل، أو خارج العقل تماما.

ويمكننا أن نستخلص بعض الاستنتاجات من هذه الدراسة الأولية: فبالإضافة إلى أنه قد كانت هناك مفردات طبية متخصصة في العصور القديمة، فقد تم وصف الألم بطرق لا تركز على التضاد الموجود بين ما هو جسدي وما هو معنوي، أو حتى على شدة الألم، بل بطرق تتبع محورين اثنين: وهما الحد الذي يستغرق فيه المرء في الألم، والكيفية التي يدركه، أو تدركه، بها ـ من حيث مدته وأصله: فقد يكون طويل الأمد، أو سريعا، أو حادا، أو قارصا، بمعنى الإشارة المباشرة إلى الآلة المسببة له والتي تحدد في الوقت نفسه الطبيعة الخاصة لذلك الإحساس.

* الألم كما يصفه التراجيديون: مثال سوفوكليس:

من الواضح أن الكتابات التراجيدية تمنح الألم مكانا خاصا يجد فيه طرق التعبير الطبيعية عنه. وسنتحول الآن إلى أعمال سوفوكليس، على الرغم من حقيقة أن الكثير من الخيارات الأخرى كانت ستفي بالغرض المنشود، مثل تقرير ثوسيديس (Thucydides: [460-400ق.م] مؤرخ أثيني، يعتبره البعض أعظم المؤرخين الإغريق على الإطلاق) عن العذاب الذي لاقاه الناس خلال «طاعون» أثينا. وقد كانت تلك الكتابات معاصرة لبعض أجزاء «مجموعة أبقراط» ويرجع تاريخها إلى القرن الخامس ق.م. ومع ذلك، ومن أجل أن نتمكن من إجراء مقارنة مناسبة،

فقد تحتم إلغاء المفردات التي تصف حالة الرثاء (*Pathos*) والتعاسة البشرية ، والتي كانت عمومية بالكلية، من أجل محاولة التركيز على المآسي التي ينصب اهتمامها بصورة عامة على الألم الجسدي، حتى ولو كان الألم الجسدي والمعنوي يتداخلان، على سبيل المثال مرة أخرى. ولهذا السبب بالذات وقع اختيارنا على رواية «فيلوكتيتس» (Philoctetes: في الميثولوجيا الإغريقية، هو رامي السهام الشهير وصديق «هرقل» الذي أوصى له بقوسه وسهامه المسمومة. وتحكي الأسطورة أن فيلوكتيتس قد لدغه ثعبان في قدمه أثناء توجهه إلى حرب طروادة، ولما لم يشف جرحه، اضطر رفاقه إلى تركه في جزيرة ليمنوس، وفي السنة الأخيرة للحرب، عندما أعلن أحد العرافين أن اليونانيين لن يستطيعوا التغلب على طروادة سوى عن طريق سهام هرقل المسمومة، توجه البطل «أوديسيوس» (Odysseus) برفقة المحارب ديوميديس أو نيوبتوليموس، نجل أخيل، إلى جزيرة ليمنوس وأقنعوا فيلوكتيتيس بالتوجه إلى طروادة. وبعد أن عالج أحد الأطباء اليونانيين جرح فيلوكتيتيس، انضم الأخير إلى المعركة وقتل «باريس» أمير طروادة. وعند عودته إلى الوطن بعد انتهاء الحرب، وجد فيلوكتيتيس أن ثورة قد نشبت ضده، مما اضطره إلى الرحيل مجددا واستقر أخيرا في إيطاليا) لسلوفوكليس، وذلك لأنها تصف الألم الذي يسببه الجرح الذي أصيب به فيلو كتيتيس قبل عشرة سنوات، في قدمه التي أصابها الموات (الغرغرينا Gangrene) بصورة ما، وقد كان هناك قرح (Sore) قد يكون تسمم بفعل السهم الذي اخترق اللحم، ولذلك فقد كان عرضه لنوبات من الألم تتخللها فترات من الراحة (Intermissions): ونحن نتعامل هنا مع نوع من الآلام المزمنة، ويختلف ذلك المنظر بصورة جذرية عن تلك التجارب التي تصفها الأعمال الملحمية الإغريقية. وسنتطرق بعد ذلك إلى قصة عذاب هرقل (Heracles والمعروف في الميثولوجيا الرومانية باسم Hercules) في رواية تراخينا (*Trachinæ*)، فعندما ارتدى البطل التُنُك (Tunic: رداء إغريقي طويل يشد بحزام حول الخصر) المسموم بدم القنطور (Centaur: حيوان خرافي نصفه العلوي على هيئة إنسان ونصفه السفلي على هيئة حصان) والذي أرسلته إليه زوجته ديانيرا (Deianira)، والتي لم تكن على علم بالآثار المدمرة لهديتها (تقول الأسطورة أن هرقل تزوج من ديانيرا بعد أن فاز بها من أنتايوس، ابن بوسيدون إله البحر، وعندما هاجم القنطور «نيسوس» ديانيرا، أصابه هرقل بسهم مسموم، وقد خدع القنطور ديانيرا فقال لها أن تتناول بعضا من دمه على أنه أكسير للحب، في حين لم يكن إلا سما زعافا. ولما كانت ديانيرا تعتقد أن زوجها قد وقع في غرام الأميرة «لول»، فقد أرسلت إليه «تنكا» غمرته في دم القنطور، وعندما ارتداه هرقل كان الألم الناتج عن السم عظيما لدرجة دفعت بهرقل إلى الانتحار). وبرغم أن لهذه القصة معنى رمزي، وأنها تقع ضمن سياق ميثولوجي، إلا أن التعبير عن العذاب في هذين العملين الروائيين يكشف عن أنماط حسية معينة، وحتى عن بعض طرق الإحساس بالألم ومعالجته. ولا تعطينا الطريقة الأدبية لوصف الأشياء بالتركيز على خصائص بعينها صورة دقيقة في جميع الحالات، لكنها قادرة على تقديم مخطط قابل للتمييز من خلال استخدام مجموعات من التشبيهات المجازية التي ستصبح أقل قيمة في غير هذا السياق.

يدرك الألم كما لو كان كائنا مستقلا يستحوذ على المرء، ويخترقه ثم يسيطر عليه. وكثيرا ما يؤهل الألم بأن تخلع عليه صفة «المستهلك» (Consuming). بمعناها الفعلي [أي أنه يستهلك طاقة المرء ويستغرقه تماما]، أو المفترس (Devouring). وتلك هي صورة الكائن الحي الذي يتغذى بضحيته المعذبة، والذي تزداد قوته تدريجيا في الحين الذي يزداد فيه الشخص المريض ضعفا. ويصبح

المعذب (Sufferer) مرهقا ومنهكا: وقد تعرفنا حتى الآن على استخدام الفعل *tiero*، كما أن «فيلوكتيتيس» يستحضر «الطريقة المؤلمة لرجل منهك» باستخدام النعت *trusanor* في البيت (الشعري) رقم 209. وتكتسب الأمثلة الآنفة الذكر أهمية أكثر تحديدا إذا ربطنا بينها وبين نعت (Adjective) آخر كثيرا ما يتعلق بالألم أو المرض، وهو «أجريوس»([*agrios*]αγριοσ)، أو المتوحش، والذي يستخدم أيضا في الحديث عن الحيوانات البرية. وليس من الممكن ترويض الألم المتوحش بسبب شدته وأيضا لأن المرء لا يمكن أن يتوقع متى وكيف سيعود *إلى الظهور*. فالألم «يروح ويجئ» (φοιτα–ω) بهجماته ونوباته. وفي المقطع 758 من رواية «فيلوكتيتيس»، نجد أن جملة: «لايعود الألم سوى بعد أيام طويلة، عندما يكون من المؤكد أنه قد تعب من الانتقال مسرعا في أماكن أخرى»، هي ما يقوله الباحث القديم في معرض تشبيهه التمثيلي (Analogy) للألم بحيوان مفترس. وتستخدم تلك الصورة ذاتها في المقطع 978 من رواية «تراخينا»: لا تذهب لتحيي ألما له مثل تلك الانتكاسات المخيفة. وتستحضر الكثير من الجمل في الأذهان مسرحا للصيد تنعكس فيه العلاقة التقليدية بين الإنسان والوحش: إذ يطارد الألم فريسته ويتغلب عليها في اللحظة التي تروقه تماما، فهو «يندفع للأمام ويقفز» من أجل أن يقتل ضحيته. ويوصف هذ الألم المتوحش في الروايات التراجيدية بوضوح شديد لأنه يعكس إرادة [الآلهة] بجلاء، كما أنه ينتهي إلى إفساد (Contaminating) الشخص الذي يهاجمه. ويفقد المعذب توازنه ويصبح أشبه ما يكون بحيوان مريض أمام الجوّاس (Prowl) الذي يتقدم ويهاجم بصورة مباغتة: فهرقل «يتلوى على الأرض ألما، أو أنه يقفز لأعلى وهو يصرخ وينتحب؛ وهو يزأر «فيما بين التواءاته». وعندما يكون الألم في أسوأ حالاته، يصاب فيلوكتيتيس بما يشبه نوبة من الهذيان، لا يستطيع معه أن يتعرف على أقرب المقربين إليه أو أن يتواصل معهم. ولا تبقى سوى الصرخة، والتي تعتبر بمثابة تنفيس عن الألم من خلال أصوات التعجب، والتأوهات، والصيحات، ومن أجل محاولة تفسير الطبيعة المرعبة للألم، تقول النصوص الإغريقية ببساطة أنه لا يمكن الاقتراب منه (Unapproachable)، «أبوتيباتوس» ([*apotibatos*] αποτιβατοσ)، ومعند على المعالجة (Intractable).

وتبدو الأحاسيس المتباينة التي تميز الألم أكثر تنوعا هنا مما نجده في كتابات هوميروس. فبالإضافة إلى النعت «بيكروس» ([*pikros*] πικροσ)، بمعنى محدد أو حاد، أو مجموعة المفردات التي تستخدم لوصف دمعة أو ندبة ناتجة عن جرح، لدينا أيضا، وعلى سبيل المثال، صورة لدغة النعرة (ذبابة الخيل والماشية) [Gadfly] التي تصيب الحيوانات بالجنون، في المقطع 1253 من رواية «تراخينا»، عندما يتحدث هرقل قائلاً: «قبل أن تغلف (ني) نوبة أو ألم حاد (σπαραγμον η τιν οιστρον). وينطبق الأمر نفسه على قوة الألم، والتي يعبر عنها بكلمة محددة تماما تصف الثقل الموضوع على سرج ما (το επισαγμα) «إبيساجما». ولا يقتصر ثراء التشبيهات المجازية على المملكة الحيوانية،حيث أن الألم الذي يجعله هرقل ناتج عن حكة غير محتملة: وتصف المقاطع من 769–770 تلك «الحكة المتقطعة (Spasmodic itching) التي تعذبه حتى النخاع».

وكثيرا ما تحمل النعوت والأفعال معان قوية ويبدو أنها تضم أغلب الأوصاف الدلالية (Semantic) المميزة للألم الذي يرتبط في أغلب الأحيان بتجارب واقعية مألوفة. ومن ناحية الأخرى، فإن الأسماء، باستثناء لفظتي الحكة واللدغة السالفة الذكر، تتسم بكونها أكثر إبهاما وأقل تحديدا. وتتحدث النصوص بصيغة الجمع عموما عن الاعتلالات («كاكوس» [*kakos*] κακοσ)، والأمراض

«نوســــوس» (νοσοσ [nosos])، والآلام «أودونــاي») (οδυναι [odunai]. وللوهلة الأولى على الأقل، يبـــدو الفـصل بين ألفـاظ «الجيـمـا» (algèma)، و«أودوني» (odunè)، و«پونوس» (ponos) أقل وضوحاً مما هو موجود في النصوص السابقة. ويمكن أن يمتد معنى «پونوس»، والتي كانت تستخدم أصلا للدلالة على الإجهاد بالإضافة إلى الإرهاق الناتج عن العمل، ليشمل الآلام ذات الفروق الطفيفة في النوعية والدرجات المتفاوتة في الشدة. ويمكننا أن نرى ذلك في المقطع الذي يخاطب فيه نيوبطوليموس (Neoptoleme) فيلوكتيتيس قائلا: «لقد اكتسبت خبرة في الطيف الكامل لصنوف الألم». ومع ذلك، فلفظة «ألجوس»، والتي تكررت سبع عشرة مرة في رواية سوفوكليس، لا تتنافس مع لفظتي «ألجيما» و«ألجيسيس» (algèsis) في تلك الرواية التراجيدية، نظراً لأن هذين الاصطلاحين قد ظهرا في مرحلة تالية لها. ومع ذلك فلفظة «أودوني» هي التي تتميز بأكثر المعاني تقنية، والتي تعتمد على نوعية المركبات أو الاشتقاقات التي تكونها، مثل لفظة «نودونوس» (νωσυνοσ [nodunos]) لوصف شيء لا يحس بالألم أو يلطف الألم الذي يستخدم ضمن سياقات كثيرا ما تكون علاجية: وهناك ذكر في رواية «فيلوكتيتيس» عن النباتات التي تلطف الألم. وعما يلطف أو يخفف الألم، تستخدم لفظتي «برونين» (πραυνειν [praunein]، و«بـسـويـن» [pauein]) (παυειν، بدون أن نعرف ماهية النباتات المحددة التي تشير إليها هذه الألفاظ. وفي رواية «فيلوكتيتيس» أيضا، هناك ذكر للعجز الناتج عن عدم القدرة على تسكين الألم.

ولا تخبرنا التراجيديات الإغريقية التي كتبت في القرن الخامس ق.م. عن الألم فحسب، بل وعن العذاب بطرق جسدية ملموسة وفجة للغاية. ويختلف هذا تماما، على سبيل المثال، عن التراجيديات الكلاسيكية الفرنسية في القرن السابع عشر، حيث يفيد الاستخدام البلاغي للتقارير المكبوحة (Understatements: وهي التقارير المقصود بها تصوير الفكرة على نحو أضعف مما هي عليه أو تقتضيه الحقيقة) في فرض الإحساس بصنوف العذاب المنزلية غير المرئية. أما الإغريق، من الناحية الأخرى، فحتى في المقاطع القصصية من كتاباتهم، فإن وجود شخص متألم، مصاباً بجرح بليغ أو محطم الفؤاد، يضيف ثقلا لصدق القصة: وهذا ما يحدث مع هيبوليتوس (Hippolytus)، وهو بطل تراجيدية يوريبيديس (Euripides: شاعر درامي إغريقي شهير [480?-406 ق.م]) بنفس الإسم، والذي يعود إلى خشبة المسرح وهو يتعذب بعد أن تحطم جسده أثناء محاولاته المستميتة للهرب من ثور متوحش خرج إليه من البحر. وهذا هو الحال أيضا بالنسبة لهرقل المعذب في رواية «تراخينا»، ويبدو أن الجسد لا يؤكد سوى معنى السخرية التراجيدية، بصورة ما، بالإضافة إلى إحياء المتناقضات (Antitheses) التي تنصب فيها اللعنات على الشخص البريء وليس المذنب، في الحين الذي تتحول فيه الهدية التي قصد بها تثبيت رباط الحب بين الزوج والزوجة إلى إيماءة مميتة، وحيث لا تتسبب محاولات من يريد الهرب من قدره إلا في حدوثه، وهو يعتقد أنه يتخلص بذلك منه. وبما أن المجتمع الإغريقي في القرن الخامس ق.م. كان يشارك برمته في الدراما المسرحية بحكم الطبع الذي كان مدنيا ودينيا في الوقت نفسه بالفعل، فقد تقبلوا هذه المشاركة العاطفية بمنظور الألم؛ وبذلك يمكن الإدعاء بأن الألم كان ينقل كجزء لا يتجزأ من الحياة اليومية، ولذلك فلم يكن بحال من الأحوال شيئا يخجل منه البطل. وقد تم تضخيم الطريقة التراجيدية التي يعبر بها عن الألم ظاهرياً حسب أهمية النص، وربما بفعل دور الألم في التنفيس (التطهير الروحي Catharsis)، مما يكشف عن رؤية فجة

ووحشية للألم، تتميز بكونها ملموسة ومليئة بالصور الخيالية في الوقت نفسه. ويمكن لتلك الرؤية أيضا أن تقدم شهادة لا يمكن الاستغناء عنها، وذلك لأن اللغة الطبية، وعلى العكس من ذلك، قد حاولت تقليل ذلك التنوع اللانهائي من التجارب الفردية وتفاصيلها الفاعلية، وأن تعزز فهم تلك التجارب من خلال تصنيفها إلى أقسام محددة. وتلك هي الطريقة المحددة التي حاولت بها لغة الطب أن تسيطر على الألم - أي بفصله عن الشحنة العاطفية القوية المصاحبة له.

* أهمية الألم في كتابات أبقراط:

لسنا نهدف هنا لدراسة جميع أوجه الألم من خلال الإشارة إلى النص الهائل المكون من نحو ستين بحثا تضمها «مجموعة أبقراط» (The Hippocratic Collection). وإذا حاولنا ذلك، فسيكون من الضروري أن ننظر بشيء من التفصيل إلى مشكلات الأصالة والمرجعية المحيطة ببعض تلك البحوث، وأن نضع في اعتبارنا ذلك الإحياء الملحوظ للدراسات المتعلقة بكتابات أبقراط والجدل الدائر حاليا بشأنها. ومن الواضح أن عددا كبيرا من تلك البحوث قد تمت كتابته ما بين عامي 430 و380 ق.م.، على الرغم من أن بعضها قد يكون مكتوبا في فترة زمنية تالية، بينما تم تجميع «المجموعة» ككل بعد ذلك بكثير. ومع ذلك، فمن الواضح أيضا أن تلك الأبحاث لاتعود جميعها إلى نفس الكاتب، إذ أن هناك فروقا واضحة في كل من المفاهيم السببية (Aetiological) ومحتويات النصوص ذاتها. وبالإضافة إلى ذلك، فإن التصنيف الذي تم تنفيذه للأبحاث التي تعود إلى مدرسة «كوس» (Kos: جزيرة يونانية كان يعيش فيها أبقراط، كما كانت تضم كلية الطب الشهيرة التي كان يقوم بالتدريس فيها) (ومنها «طبيعة الإنسان»، و«الهواء»، و«الماء والأماكن»، و«التكنهات»، و«الوبائيات» - الجزء الأول والجزء الثالث، و«الأمثال»، و«هواجس كوس»)، إضافة إلى تلك الأبحاث المنسوبة إلى مدرسة مدينة «كيندوس» (Cnidus: مدينة قديمة في جنوبي غرب آسيا الصغرى، وقدم هزم الأثينيون الأسبارطيين قربها في معركة بحرية دارت رحاها عام 394 ق.م) (مثل «الأمراض» - الجزء الثاني، و«الاعتلالات الباطنية»، و«العلل» وجميع الأبحاث المتعلقة بأمراض النساء)، يترك عددا من الأبحاث المشكوك في نسبتها. وبادئ ذي بدء، يجعل ذلك من الصعب تحديد المعايير التي تمكننا من التفريق بين المدرستين. ويبدو من المعقول أنه يستوجب علينا العودة إلى تلك التفريقات الموسعة التي أجريت بين المدرستين، مثل أولئك الذين لا يرون في مدرسة «كوس» إلا اهتماما بمستقبلية المرض (Prognosis) وليس بتشخيصه (Diagnosis)، أو أولئك الذين يقارنون نظرية الأخلاط الأربعة لمدرسة «كوس» (وهي البلغم، والدم، والصفراء، والبيلة السوداء - كما وصفت في كتاب «عن الطبيعة البشرية») وبين الأخلاط الأربعة لمدرسة «كنيدوس»، والتي تضم الماء. وهناك اتفاق بين المدرستين في سلسلة كاملة من المفاهيم، وفي النظريات المتعلقة بالأورام والتورمات، وفي أهمية الحمية الغذائية، إلخ. ؛ وقد يتساءل المرء عما إذا كان لفكرة وجود مدارس طبية منفردة أية علاقة بأطباء «كوس». وبالإضافة إلى ذلك، فقد أظهرت الدراسات الحديثة أنه قد كان هناك بدون شك تطور داخلي في مدرسة «كنيدوس»، والذي لم يكن من الممكن التوصل إليه اعتمادا على النمط المتقادم والمجرد (Impersonal) لنظريات مدرسة «كوس» الجامدة. ويفسر ذلك جزءا من تعقيد المشكلات التي طرحتها «مجموعة أبقراط».

وبفضل الأبحاث الحديثة التي تمت في مجال الفهرسة الآلية للكتب التي تضمها «مجموعة أبقراط»، أصبحنا نمتلك أساسا راسخا لفهمنا لمفردات الألم المتوافرة لدينا. وإذا أهملنا

«ألجوس» (*algos*)، والتي استبدلت بلفظة «ألجيما» (*algèma*)، واحتفظنا فقط بلفظتي «پونوس» و«أودوني» (*odunè*) كما في النصوص السابقة، يمكننا الحصول على بعض المعرفة عن توزيع تلك الكلمات في «الأبحاث» وبترتيب تنازلي، نجد أن النصوص التي تتكرر فيها لفظة «أودوني» كثيراً هي «الأمراض ـ الجزء الثاني» (73 مرة)، ثم «أمراض النساء ـ الجزء الثاني» (67 مرة)، ثم الوبائيات ـ الجزء السابع (54 مرة)، و«العلل الباطنية» (68 مرة)، بينما ضم كتابا «العلل» و«طبيعة النساء» عددا واحدا (49 مرة).

وتتميز قضية كتاب «نظريات كوس» (Cosian Hypotheses) بالإثارة، حيث أنه الكتاب الوحيد من «مجموعة أبقراط» الذي يتميز بانعكاس (Reversal) ملموس في العلاقة بين لفظة «أودوني» وغيرها من الألفاظ ذات العلاقة: فقد استخدمت لفظة «ألجيما» سبعين مرة، بينما استخدمت لفظة «پونوس» ثلاث وستين مرة، بينما لم تستخدم «أودوني» ذاتها سوى ثماني عشرة مرة. ومع ذلك، فقد تكوّن هذا النص، مثله في ذلك مثل كتاب «الأمثال»، من مقاطع صغيرة مأخوذة من بقية كتب المجموعة ومدمجة معا، ربما ليستخدم ككتاب تدريسي أو كمرجع سريري (إكلينيكي).

ويجب تناول هذه الأرقام باحتراس: ويرجع ذلك في المقام الأول إلى أن التكرارية ذاتها يجب أن تكون متعلقة بالأهمية القصوى التي تتمتع بها لفظة «أودوني» في جميع أجزاء الكتاب، كما ينعكس في مقارنة كلية للعدد الخاص بتكرار ظهور الكلمات في «مجموعة أبقراط»: فقد تكررت لفظة «أودوني» 772 مرة، مقابل 14 مرة للفظة «ألجوس»، ولو أن ظهورها كان بصورة تنافسية مع لفظة أحدث منها بكثير، وهي لفظة «ألجيما» (αλγημα) التي تتكرر 194 مرة. وعلى أية حال، فحتى لو أضفنا عدد المرات التي استخدمت فيها «ألجوس» كفعل («ألجيو» [*algeo*])، وهي 185 مرة، يظل تفوق لفظة «أودوني» واضحا للعيان.

ويعتمد ذلك على كل من موضوع البحث وطوله، حتى ولو كانت الكلمات الأكثر استخداما ليست هي بالضرورة تلك الأكثر دلالة عن رؤيتها من منظور تاريخ المعارف الطبية. وأقصى ما يمكن للمرء استنتاجه هو أن ما يسمى بأبحاث كنيدوس (Cnidian Treatises) تركز على الألم بصورة أكبر، وأنها عندما تفعل ذلك، تستخدم لفظة «أودوني» في التعبير عن ذلك الألم: ولا يبدو ذلك منافياً للمنطق عندما يضع المرء في اعتباره حقيقة أن أتباع مدرسة كنيدوس، وليس أتباع مدرسة كوس، هم الذين اعتبروا تقليديا أكثر الناس اهتماما بتحديد مواضع الاضطراب، وأن السياقات التي تستخدم فيها لفظة «أودوني» تظهر أن تلك اللفظة تستخدم في الغالب الأعم من الحالات بإحساس دقيق محدد ـ إما عن طريق إضفاء خاصية على الألم، أو عن طريق تقديم بعض الأدلة المساعدة على تحديد موضعه. وبالإضافة إلى ذلك، تظهر دراسة تلك السياقات التي استخدمت فيها لفظة «پونوس»، وفعل «پونيو» (*poneo*) ـ بمعنى يتعذب، أن الفعل يستخدم بدون أي تأهيل (Qualification) لوصف حالة عامة من المعاناة أو المرض، وأنه عندما تتم الإشارة إلى تحديد موضع الألم، فغالبا ما يكون ذلك بصورة تقريبية، تشتمل على استخدام حروف الجر (Prepositions) مثل «بيري» ([*peri*] περι) أو «إس» (εσ) [*es*]، بمعنى «في منطقة كذا»، و«حول» على الترتيب. ومن أصعب الأمور أن نجد المعايير لتحديد معنى لفظة «ألجيما»، والتي تستخدم بصورة أقل، على أية حال. وفي جميع الأحوال، تتيح لنا الأرقام التي ذكرناها هنا أن نتعرف بصورة أكثر دقة على تلك المقاطع التي تتناول الألم، والتي هي كثيرة بصورة معقولة. أفلا يدل نص «عن الفن»، والذي يحدد واجبات الطبيب، على أن وظيفته تتمثل في تخفيف المعاناة عن المرضى، وأن يعرف الوقت الذي يجب أن يتدخل فيه، والوقت الذي ليس فيه أي علاج للمرض؟ وقد خلق النص «الأبقراطي» ذاته رابطة بين ما بين التأملات الطبية المتخصصة وبين التأملات

العامية. وقد كتب مؤلف كتاب «طب القدماء» (*De Prisca Medicina*) قائلا: « في رأيي، أنه يجب على من يريد مناقشة المهارات الطبية، وقبل كل شيء، أن يجعل مهمته هي وصف الأشياء بأسلوب مبسط، إذ أن الهدف الوحيد لتأملات الطبيب وأبحاثه يجب أن يكون التعامل مع الأمراض التي تصيبنا جميعا ».

ولا يلغي هذا الرأي بحال من الأحوال مفهوم الطب «كحرفة» (*Techné*)، إذ أن المريض لا يعرف كيف ولا لماذا أصابه المرض ثم ذهب عنه. لكن المريض يمكنه، مع ذلك، وصف أعراضه المرضية، والتعرف من خلال تجاربه الخاصة، و«أحاسيسه الجسدية»، على ما يكتشف الأطباء ويحاولون تفسيره. وهذه هي القيمة الخاصة للتاريخ المرضي للحالات، فهو الخطوة المبدئية والحيوية في عملية الوصول إلى التشخيص: «إن الشيء الوحيد الذي يذكرونه وهم يستمعون إلى الطبيب، هو ما عايشوه بالفعل. أما الطبيب الذي يبتعد عن معتقداتهم فلن يصيب الإطار العقلي الصحيح، كما أنهم سيزدادون بعدا عن الواقع». ويوجه كتاب «عن العلل» بدوره للإنسان البسيط بحيث يمكنه رعاية نفسه، ومن ثم يتمكن في النهاية من التحدث عما أخبره به الأطباء وما وصفوه له من الأدوية. ومن المحتمل تماما أن تكون تلك المعرفة العامة شرطا للتعاون بين الطبيب ومريضه، وربما تأمين مسلك غير استجوابي من جهة الأول نحو وصفات الثاني، ولو اعتبرنا تلك المقاطع العديدة التي يشكو فيها الطبيب من عيوب الأنظمة العلاجية المتوافرة، يمكننا الحكم بأنه لم يمكن التوصل إلى تلك العلاقة. وبذلك، فإن العلاقة التي يمكن بها للمريض أن يعبر عن الألم الذي يستشعره ستقدم للطبيب بعض المعلومات المفيدة. وتتطلب تلك العملية العقلية التي يتم من خلالها التوصل إلى التشخيص في الطب الأبقراطي، علاقة خاصة بين الطبيب ومريضه. وفيما نسميه «بالمثلث الأبقراطي» (Hippocratic triangle)، تكتسب الطريقة التي يصف بها المريض ألمه أهمية أعظم من تلك الي للمفاهيم الطبية الأخرى.

ويعبر الألم، عن «سيمايني» (σημαινοι [*semainei*])، والتي يجب بالتأكيد ألا تؤخذ على أنها عرض مرضي منعزل، بل كجزء من الصورة الكلية للهيئة التي يبدو عليها المريض، ونوعية سلوكه مقارنة بالصورة التي يتصرف بها عموما، وحالة برازه، وبوله، وعرقه، إلخ.

في نظام طبي يعلق أهمية كبرى على مستقبلية المرض (Prognosis) لأن المرض ينظر إليه كعملية متسلسلة، يتيح تطورها التوصل إلى تشخيص دقيق ـ وهو نظام يحكم على مهارة الطبيب حسب مدى دقة توقعاته بنفس قدر نجاح علاجاته ـ فإن اللحظة التي يبدأ فيها الألم في العملية المرضية (الباثولوجية)، ومدته، وعلاقته بأي من الإفرازات المتنوعة للجسم (مثل النزف، والتقيح، إلخ.)،تفيد كأدلة كبرى لفهم المرض. وحسبما جاء في كتاب (*De Prisca Medicina*)، ففي حالات التهاب العين (Ophthalmia)، يبقى الألم والالتهاب (Inflammation) حتى تلك اللحظة التي يبدأ فيها احتقان العين في الخمود بفضل تأثير الغلي (Coction) ؛ وفي التهاب الجنبة (Pleuritis) [وهي الغشاء المحيط بالرئتين]، والتي لم تكن تسمى بذات الجنب (Pleurisy) وذلك لأنهم لم يتعرفوا على وجود الجنبة (Pleura) وقتها، يبدأ الألم الجانبي في الانحسار منذ اللحظة التي يبدأ فيها القشع (النفث Expectoration)، والذي يطرد البلغم عن الجانب المصاب بالعدوى. وتقرر الأمثولة (Aphorism) السابعة والأربعين والواقعة في الفصل الثاني أن «الآلام والحميات تظهر نفسها قبل، وليس بعد، الوقت الذي يتكون فيه القيح» وبالإضافة إلى ذلك، تقرر الأمثولة الثانية والثلاثين في الفصل الرابع أنه «في الاضطرابات الناتجة عن المرض، إذا أصبح أي من أجزاء الجسم مؤلما، فإن ذلك هو الموضع الذي سيستقر فيه أي استفحال للمرض». ويمكننا أن نضيف لهذا التفسير لزمن حدوث الألم كعلامة مرضية (Sign)، تصنيفا لدرجات الشدة: سواء كان خفيفا أو لطيفا، قويا أو حادا. وبالمثل، فإن للموضع الدقيق للألم دورا في التعرف على المرض وفي تحديد أي من أنماط

العلاج يجب اتباعه. ويقرر كتاب « الأمراض ـ الجزء الأول»، عند الإشارة إلى أماكن تكوّن القيح في البطن، أنه «من خلال الألم والموضع الذي يُحَس فيه بالتحديد، يمكن العثور على تلك المواضع». وبالإضافة إلى ذلك، تقيم الأمثولة 33 في الفصل الرابع علاقة مباشرة بين الموضع الذي يسبق فيه ظهور الألم أية علامات مرضية أخرى، وبين موضع العلة ذاتها. ومع ذلك، فإن معرفة ما إن كان الألم محسوسا فوق الحاجب الحاجز (Diaphragm) أم تحته تعطي دلالة عما إذا كان من الضروري تحريض العلاج من أعلى أم من أسفل. ومن المؤكد أن جودة أوصاف الألم في «مجموعة أبقراط» تقل كثيرا عما وجدناه في النصوص الأخرى التي قمنا بدراستها، وكذلك قوة إيحائها. وربما كان ذلك نتيجة للعدد المحدود من التشبيهات المجازية (*Metaphors*)، والتي تتوافق مع الرغبة في تقديم تقارير طبية دقيقة. ومن ناحية أخرى، يبدو أن ذلك يزيد من أهمية الألم من وجهة نظر طبية.

وفي الحين الذي يبدو فيه فهمهم للسبل الحسية (Sensory Pathways) متخلفا تماما بمعاييرنا الحالية لكنهم، ومن الناحية الأخرى، لم يهملوا أسباب الألم. ويجمع كتاب «عن أجزاء الإنسان» بين الطريقة التي ينتج بها الألم «من خلال البرودة والحرارة، الفرط والعوز» وبين سبب المرض وبالتالي يستخدم مبدأ الأشباه (Principle of likes) ومبدأ الأضداد (Opposites). وعلى ذلك فالألم « ينتج عن الحرارة في الأشخاص الباردين، وعن البرودة في الأشخاص الحارين، وعن الرطوبة في الأشخاص ذوي التكوين الجاف. ولا تتفق هذه السببية مع تلك التي طرحها كتاب (*De Prisa Medicina*)، والذي يربط بين سبب المعاناة وبين قوة ونوعية الأخلاط الأربعة، أو شكل أعضاء الجسم. وفي الحالة الأولى، ينتج الألم عن غلبة بعض الخصائص مثل المرارة، أو الاعتدال، أو الحموضة إلخ، وليس الحرارة والبرودة، والافتقار إلى مزيج ملطف (Moderating blend)، وعلى تلك العوامل.

وقد أعطيت دلائل عديدة بخصوص علاجات الألم، وبخصوص خموده التلقائي عند بداية ظهور الحمى.وللنزف مكان متحفظ نسبيا وسط هذه الأنماط العلاجية: فلم يرد ذكره سوى في مرات قليلة، نذكر منها على سبيل المثال كتاب «الوبائيات ـ الجزء الثاني» في سياق قصة خادم «ستيمانجس» (Stymanges)، أو في الجزء الخامس من نفس الكتاب. وتصف الأمثولة 38 من الجزء الخامس، ذلك التسكين الذي يتم إحداثه في شخص يعاني من ألم في مؤخرة رأسه، عن طريق فتح الوريد العمودي (Perpendicular vein). وقد كانت الشقوق الجراحية تستخدم في علاج التهاب الجنبة لكن أغلب المراجع تتناول علاج تلك الحالة بالحرارة في صورة سكبات (*affusions*) أو كمادات (*fomentations*) أو حمامات (*baths*)؛ وقد كان يتم علاج «وجع الرأس» (Cephalalgia)، والذي لا يمكن ترجمته إلى لغتنا الحديثة، لأنه اصطلاح كان يعني به وصف جميع أنواع الألم التي تصيب الرأس، من خلال سكبات حارة وافرة على الرأس بطريقة تستثير إفراز المخاط (Mucus)؛ وقد اتخذت بعض الملاحظات المماثلة فيما يتعلق بالتهاب الأذن (Otitis) وآلام الفخذ فيما عدا «عرق النسى» (Sciatica). وأحيانا ما كان يتم استخدام البرودة لعلاج أوجاع الرأس، كما هو الحال في الحادثة المذكورة في كتاب «الأمراض ـ الجزء الثالث». وفي تلك الحالة، يتطرق المؤلف إلى مناقشة ضمنية لميزات وعيوب كل من الحرارة والبرودة. وعندما يكون الألم شاذا أو طويل الأجل ومعند، قد يمكن إقناع الطبيب باستعمال الكي (Cauterisation): إذا تركز الألم في منطقة وبقي هناك بدون أن تزيله الأدوية، يمكن كي البؤرة المؤلمة، أينما كانت، باستخدام مكسي [Moxa: من اليابانية بمعنى العشب المشتعل، وهي عبارة عن مخروط ذي قمع من القطن أو غيره من المواد القابلة للاشتعال، كان يوضع على الجلد ثم تشعل فيه النار ليعمل كمثير مضاد؛ بمعنى إحداث التهييج في موضع ما من الجسم لإزالة الألم أو الالتهاب في موضع آخر] من الكتان غير المبيّض



(*Unbleached*). ويتبع نمط الفعل نفسه لعلاج المصابين بالنقرس (Gout). ويجب أن ينظر إلى الحس الموجود في تلك الممارسات كمناورات ثانوية يجب تفسيرها ضمن سياق طب الأخلاط الأربعة، وليس كممارسة للاستثارة (*stimulation* ـ بمعنى المثير المضاد هنا) والتي لم تكن قد ترسخت بعد في تلك الفترة الزمنية. وتعلن مجموعة أبقراط، والتي تعلق أهمية كبرى في بعض أجزائها، كما رأينا من قبل، على نمط العلاج الذي يشفي فيه النقيض نقيضه (مبدأ الأضداد) في موضعين، أنه، فيما يتعلق بالألم، هناك سبب وجيه لمعالجة الشبيه بشبيهه: ففي كتاب «الوبائيات ـ الجزء الخامس» نتلقى النصيحة التالية: «اخلط الشبيه بشبيهه، فالألم على سبيل المثال يلطف الألم» ويمكن أن نقارن ذلك بالأمثولة 46 في الجزء الأول: «من بين نوعين من الألم يحدثان في الوقت نفسه، ولكن في موضعين مختلفين، يخفي الأقوى منهما معالم الآخر». ولسنا نعرف على وجه التحديد تلك الممارسات التي استلهمت تلك الصيغ من أجل تسكين الألم. ومع ذلك، فمن خلال تلك الملاحظات، توفر لدينا الدليل على جودة الملاحظات التي أبداها الأطباء في مجموعة أبقراط، وعلى كمية التعميم وصياغة المفاهيم ـ والتي، برغم أنها تختلف عن مثيلاتها لدينا، فهي تتخطى حدود الأمبريقية (التخّبر :Empericism). وبالإضافة إلى ذلك، تشير الكتابات المتعلقة بأمراض النساء على وجه الخصوص، إلى أن الأطباء الأبقراطيين قد كانوا يعرفون استخدامات النباتات المخدرة مثل اليبروح (Mandrake)، والبنج (Henbane)، وعنب الثعلب (البلادونة) (Nightshade)، والخشخاش (Poppies).

وعند مسح تلك الفترة الزمنية الطويلة الواقعة بين زمن هوميروس وزمن النصوص الأبقراطية، ولأنه لا يمكن المقارنة بين المشاركين خلال تلك الفترة، سيكون من الخطر أن نحاول استخلاص وجود بعض العوامل المستديمة، أو وجود تشابه في الممارسات من أجل الإجابة على الأسئلة التي تطرحها دراسة الألم في المجتمع الإغريقي. ومع ذلك، فمن الممكن أن نعود إلى الماضي لاكتشاف بعض الاتجاهات التي صمدت حتى يومنا هذا، مثل تقبل الألم كإحدى حقائق الحياة التي لا مهرب منها بالنسبة للمريض و لصحيح البدن على حد سواء، ويجب علينا بالفعل أن نضع هذه النتائج في اعتبارنا بدون تثبيت أو إخفاء. وتحفظ عقلنة (Rationalization) المرض والألم في كتابات أبقراط، والتي تتم من خلال إعادة تفسير الأعراض المرضية، كلا من كلمات المريض وتلك العلاقة الفريدة الموجودة بينه وبين الطبيب.

ومع ذلك ، وبما أن ذلك الأخير يضطلع بإجراء المناقشة وتفسير التاريخ المرضي للحالة، فبمقدوره أيضا أن يتلاعب بأقوال المريض وأن يشوهها. وليس هناك، سواء من وجهة نظر المريض، ولا من وجهة نظر الطبيب من باب أولى، أي تبادل خفي أو مباشر للمعلومات نتيحة للنظرة المستبطنة لأسباب، ومعاني، ومعالجات الألم. وينبع ذلك عن عملية تطورية معقدة يشترك فيها الطرفين بشكل أو بآخر، والتي تشتمل على قيمة كبرى لأفكار أكثر تقادما ـ أقرب ما تكون إلى الأفكار الدينية ـ مما أتاحت لنا الكتابات التراجيدية استكشافه.

وقد استمر الانتشار الواسع للأفكار الأبقراطية، والتي لم يكن مصدرها الأساسي هو أثينا، في جميع أرجاء المدن اليونانية الواقعة في آسيا الصغرى، ثم جميع بقاع العالم المعروف وقتها بفضل فتوحات الإسكندر الأكبر (Alexander the Great). وسرعان ما نشأت مراكز للحضارة الهلينية (Hellenistic: خاصة بتاريخ الإغريق وثقافتهم وفنهم بعد الإسكندر الأكبر)، وخصوصا في مصر، حيث أنشأ الإسكندر المدينة التي تحمل اسمه في عام 331 ق.م، وبدون التنصل من المبادئ الأبقراطية، سعى الطب إلى أسس تشريحية (Anatomical) أفضل من خلال ممارسة فن التشريح (Dissection).

*** Bibliograbhy:**

- Reye R, (1995) The History of pain, Harvard University Press, Chapter I .
- *Text translated and annotated by the Editor.*



يشمل باب «المكتبة الطبية» ملخصات لأربعة كتب طبية باللغة العربية صدرت حديثاً عن المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية

الموجز الارشادي عن التخدير

هذا الكتاب من إصدارات المركز وهو من سلسلة الموجزات الإرشادية للناشر العالمي بلاكول وقد صدر عام 1990. والكتاب يقع في تسعة فصول مع ملحق في نهاية الكتاب لبعض التعريفات والقيم المرجعية.

والفصل الأول مكون من مقدمة تشرح أهمية التخدير في العمليات الجراحية وكذلك أهمية طبيب التخدير ومهارته في عمله ومساعدته للجراح في إنجاح العملية الجراحية بالإضافة إلى امتداد نشاطه إلى غرفة العناية المركزة حيث العناية بالمريض بعد إجراء العملية.

تأليف الدكتور جون ن.لون

ترجمة الدكتور سامي حسين محمد

والفصل الثاني يناقش تقييم حالة المريض الصحية قبل العملية وكيفية استفادة المريض من زيارة طبيب التخدير للمريض قبل إجراء العملية وما يجب أن يعرف المريض عن سير العملية في حدود اختصاص طبيب التخدير وما يجب أن يعرفه طبيب التخدير عن حالة المريض الصحية والنفسية وكيفية تحضير المريض نفسياً للارتياح لما هو مقدم عليه وكذلك تحضيره عملياً للعملية الجراحية في الليلة التي تسبق العملية. وكذلك كيفية استفادة طبيب التخدير من زيارة المريض والتقييم الذي يستخلصه من الأجوبة التي يحصل عليها من بعض الأسئلة الهامة التي يلقيها على المريض خلال زيارته له قبل العملية .كما أن هناك شرحاً لبعض الأخطار التي تحيط بعملية التخدير والجراحة بما فيها بعض الأمراض التي تزيد من هذه المخاطر والطرق التي يتخذها طبيب التخدير لتحاشي هذه الأخطار ومعالجة المشكلة المرضية أثناء العملية عندما يكون المريض تحت التخدير.

ويشرح الفصل الثالث جهاز التخدير والغازات المختلفة التي تستعمل في هذا الجهاز. كما يصف أجهزة التنفس وتركيبها وكذلك أجهزة التهوية الآلية و استعمال الأكسجين كعلاج وأنواع الأقنعة المستخدمة في التخدير كالأقنعة التي تستعمل في الطائرات التي تنزل على الركاب ذاتياً عندما ينخفض الضغط داخل الطيارة والأقنعة التي تستعمل في غرفة العمليات وكذلك دواعي

استعمال الأكسجين النقي .

وفي الفصل الرابع شرح لعقاقير التحضير للتخدير والتي لاستخدامها أهداف معينة كإزالة تأثير الكولين وكذلك لإزالة القلق وتهدئة المريض. كما يشرح العوامل الهامة في تحديد الجرعة الدوائية وطرق إعطاء أدوية التحضير للتخدير ومن هذه الطرق الحقن تحت الجلد والحقن في العضل وكذلك الحقن الوريدي وغيرها. وفي هذا الفصل يبدأ الجزء الثاني من التخدير والعقاقير المستخدمة في بدء التخدير الوريدي ومنها الباربيتورات (Barbiturates) وتأثيراتها على المريض وكذلك استخدام العقاقير اللاباربيتورية وأسباب استخدامها . ويتلو ذلك شرح للطرق الأخرى لبدء التخدير، ثم المداومة على التخدير أثناء العملية الجراحية. ويتبع ذلك بدء الإفاقة والعناية بعد العملية.

ويعنى الفصل الخامس بالغيبوبة (Coma) ويصف أسبابها كما يشرح مخاطرها ثم طرق العلاج للغيبوبة.كما أن هناك شرح للمناظرة (Monitoring) في التخدير ومنها استعمال مخطاط القلب الكهربائي (ECG).

أما الفصل السادس فيعنى بعلم الأدوية في التخدير ويتطرق إلى التبسكين الموضعي (Local Analgesia) والناحي (Regional) ثم التأثيرات السامة للتسكين الموضعي.

أما الفصل السابع فيشرح الفيزيولوجية التطبيقية في التخدير والعناية المركزة، وتأثيرات التخدير العام على الجهاز القلبي الوعائي.

والفصل الثامن يبحث الطرق المرتبطة بالإنعاش للمرضى الذين قد يبدون وكأنهم ميتون، وإنعاش الأطفال المولودين حديثاً والأشخاص غير اللائقين للجراحة مع شرح واف معزز بالرسومات التوضيحية .

أما الفصل التاسع والأخير فيختص بمجموعة من التعليقات القصيرة على موضوعات معينة غير مرتبطة ببعضها ولكنها جميعاً مرتبطة بالتخدير وتهم طلبة الطب. فمثلاً هناك موضوع عن التخصص في طب التخدير مما أدى إلى تقدم عظيم في مجالات عدة منها جراحة الصدر المفتوح التي كانت نتيجة لاهتمام أطباء التخدير بالبحث عن حل لمشكلة التنفس أثناء هذه الجراحة. كما أن هناك مواضيع أخرى متفرقة مثل حالات «الجراحات النهارية» (Day Surgeries) التي توفر على المستشفيات توفير الأسرة للحالات الجراحية، وكذلك حالات طب التوليد التي تتطلب عمل طبيب التخدير في وحدات طب التوليد والتي تتطلب التسكين والتخدير وإنعاش الوليد، وكذلك العمليات الطارئة وعلاقتها بطبيب التخدير، وكذلك العلاج ما قبل العملية ونشاطات مهنية أخرى لأطباء التخدير.

وينتهي الكتاب بملحق لبعض التعريفات كقانون بويل وقانون دالتون لضغوط الغاز وبعض المصطلحات الأخرى المستخدمة في التخدير. ثم يتبع ذلك بعض القيم المرجعية، مثل: تركيز بعض الغازات بالنسبة لضغطها الجزئي ووحدات النظام الدولي وتوتر الغازات في الدم، وقيم مرجعية أخرى.

عدد الصفحات : 216 سنة النشر : 1990

الناشر : المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية - سعر النسخة : 3 د.ك أو 10 دولار أمريكي



دليل الممارس العام لقراءة الصور الإشعاعية

صدر هذا الكتاب بالتعاون مع المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط التابع لمنظمة الصحة العالمية وهو من الأدلة التي يسعى المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية لنشرها في الوطن العربي. وهذا الكتاب يتبع دليل طريقة التصوير الشعاعي الذي صدر كذلك بالتعاون مع المكتب الإقليمي وقام المركز بطباعة الكتابين معاً في آن واحد ليكمل أحدهما الآخر في إثراء المكتبة العربية بالكتب المعربة في المجالات الطبية المختلفة.

ويبدأ الكتاب بصفحات إضافية بها تحذيرات وإرشادات للعاملين في مجال التصوير الشعاعي تجنبهم خطر التعرض للأشعة السينية. وكذلك بها تعليمات للطوارئ الناشئة من تفاعلات المريض للعقاقير المستخدمة في الأوساط التباينية (Contrast Media) التي يحقن بها المريض وريدياً في بعض الحالات الخاصة كالتي تستخدم في تصوير المسالك البولية وأنواع هذه التفاعلات ودرجات شدتها وكيفية الاستعداد لحدوثها والتعامل معها عند حدوثها بطرق سريعة وآمنة للحفاظ على حياة المريض. كما أن هناك إرشادات في حالات توقف النفس والتعامل معها كالتنفس الاصطناعي للبالغين وللأطفال أو عندما يتوقف قلب المريض، مع إدراج بعض الرسومات التوضيحية.

ويبدأ الكتاب بمقدمة عن النظام الأساسي لمنظمة الصحة العالمية لوحدات الرعاية الصحية الواقعة في المستشفيات المحيطية والعيادات المتعددة التخصصات والمراكز الصحية وغيرها وذكر أسماء أعضاء المجموعة الاستشارية لهذا النظام في بعض الدول التابعة لمنظمة الصحة العالمية.

والكتاب مقسم حسب أجزاء الجسم إلى الصور الشعاعية للصدر والهيكل العظمي والجمجمة والعمود الفقري والبطن والصور الشعاعية في طب التوليد وأخيراً الجهاز البولي شاملاً الكليتين والحالبين والمثانة والإحليل الذكري (Male Urethra).

ففي الصور الشعاعية للصدر نرى أن الكتاب يبدأ باختيار المناظر التي تساعد الممارس في تشخيص الأمراض والآفات الصدرية، ينتقل بعد ذلك إلى الصور الشعاعية التي تبين الصدر السوي منظورة من الناحية الخلفية -

الأمامية (Postero-Anterior) وكذلك من الناحية الجانبية (Lateral) بما في ذلك التسميات التشريحية لأجزاء الصدر في الصورة الشعاعية، والمشار إليها بالأسهم التوضيحية.

ويلي ذلك إصابات الصدر المغلقة والصور الشعاعية التي تبين الضلوع المكسورة، ثم الإصابات المفتوحة النافذة منها والصور الإشعاعية التي توضح هذه الإصابات في المنظرين الخلفي - الأمامي (Postero-Anterior) والجانبي (Lateral). ويلي ذلك صور للجسم الغريب المستنشق والانصبابات الجنبوية (Pleural Effusions) واسترواح الصدر (Pneumothorax) والانخماص الرئوي (Atelectasis) والتصلد الرئوي (Consolidation) بما في ذلك ذات الرئة (Pneumonia). ويلي ذلك الالتهابات الرئوية بالعنقوديات (Staphylococci) وبالجراثيم الأخرى كالتدرن الرئوي (Tuberculosis; TB) والتدرن الدخني (Miliary TB) ثم الكيسات الرئوية (Cysts) وأنواعها كالكيسات العدارية (Hydatid Cysts) ويلي ذلك سرطانة الرئة وأنواعها. وينتهي الجزء الصدري بأشعة القلب والأشعة الصدرية للأطفال.

ويلي ذلك الهيكل العظمي بما في ذلك أشعة اليد والرسغ والمرفق والزند والمنكب ثم الحوض والورك والركبة والكاحل ونهاية بالقدم والمشط، ثم أورام العظم الهيكلي والالتهابات المفصلية الرثيانية [الروماتويدية] (Rheumatoid Arthritis).

أما الجزء المخصص للجمجمة فيبدأ بدواعي تصوير الجمجمة ثم يشرح الصور الإشعاعية للجمجمة السوية ويلي ذلك شرح لصوركسور الجمجمة والفك السفلي، ثم رضوح الوجه والعيوب الانحلالية في الجمجمة والمناطق الكثيفة كالورم السحائي وداء باجت (Paget's Disease) وكذلك الجيوب (Sinuses) ويختتم بالتشخيص التفريقي للجمجمة وأسباب الرأس الكبير في الأطفال والبالغين بالإضافة إلى أسباب الرأس الصغير.

ويلي ذلك الصور الشعاعية للعمود الفقري وتشمل الرضوح وتغيرات الكثافة في الفقرات كالخراجات المجاورة للفقرات والعداوى (Infections).

وفي الجزء التالي شرح للصور الشعاعية للبطن شاملاً الانسدادات المعوية الدقيقة والغليظة وانثقاب الأمعاء واكتشاف الأجسام الغريبة في البطن كلولب منع الحمل المنتقل إلى التجويف الصفاقي من مكانه الطبيعي وهو الرحم، والتكلسات المشاهدة داخل البطن كالحصوات الصفراوية والكلوية والكيسات العدارية والعقد اللمفية وغيرها. ويلي ذلك صور المرارة مع الوسط التبايني وفيها حصوة أو عدد من الحصوات.

ويلي ذلك الصور الشعاعية في طب التوليد ودواعي تصوير الحامل والتي تتلخص في اكتشاف سوء الوضعة (Malposition) والحمل المتعدد وتمييز الشذوذات الجنينية والمجيء الجنيني المقعدي (Breech presentation) واللاتناسب الجنيني (Fetal Disproportion) وتقدير عمر الجنين وموت الجنين داخل الرحم (IUFD).

والجزء الأخير من الكتاب يشرح الصور الإشعاعية للمسالك البولية بما في ذلك الفحص التبايني للكليتين والحالبين والمثانة وينتهي بتصوير الإحليل الذكري (Male Urethra).

عدد الصفحات : 208   سنة النشر : 1990

يحتوي على 497 صورة شعاعية

الناشر : المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية

سعر النسخة : 3 د.ك أو 10 دولار امريكي

السرطان: أنواعه - أسبابه - تشخيصه - طرق العلاج والوقاية منه

صدر هذا الكتاب عن المركز عام 1988. وهو من الكتب المؤلفة التي يسعى المركز في دعمها لأنها تبرهن للمتخوفين من تعريب التعليم الطبي والعلوم الصحية أن اللغة العربية قادرة على التواصل مع التقدم المضطرد في هذا المجال.

ويقع هذا الكتاب في عشرين فصلاً. يبدأ الفصل الأول بتمهيد عن الوراثة والسرطان وأهمية معرفة كون السرطان وراثياً من عدمه لاتخاذ الإجراءات الوقائية ضده، كما يعدد أنواع السرطانات المحتمل توارثها كسرطانات الثدي والقولون والرئة والمبيض والجلد وداء فون ركلنج هاوزن ومرض فقدان الاتزان وتوسع الأوعية الدموية الرنحي (Ataxia Telangiectasia) وذلك بسبب فقدان الجسم لبعض الإنزيمات التي تقوم بتعديل الكروموسومات المصابة بالخلل وراثياً مما يعرض المريض للإصابة بسرطانات مختلفة كسرطان الدم (Leukemia) ومرض هودجكن (Hodgkin's Disease) وسرطان المعدة وسرطان المخ وغيرها، بالإضافة إلى دور الوراثة في سرطان الأطفال وكذلك نبذة عن الهندسة الوراثية. ثم يتعرض لعلاقة التدخين بسرطانات الرئة والفم والحنجرة والمريء والمثانة بالإضافة إلى علاقة التدخين بالأمراض الأخرى كتصلب الشرايين التي قد تؤدي إلى ظهور أعراض الذبحات الصدرية (An-gina Pectoris) بالإضافة إلى إمكانية حدوث الجلطات القلبية. كما يتعرض لتأثير التدخين على الرئتين والجهاز التنفسي والتدخين وآثاره على الحمل وكذلك خطورة التدخين على المتواجدين قرب المدخنين و المرغمين على استنشاق الهواء الملوث بأدخنة المدخنين، بالرغم من كونهم غير مدخنين. كما يتعرض لعلاج السرطان عموماً ويستعرض الجراحة كطريقة فعالة للتخلص من السرطان في معظم الحالات، ثم يستعرض الأدوية المضادة للسرطان ويصنفها حسب استخداماتها مع جداول توضيحية كالأدوية المؤلكلة (Alkylating Agents) والأدوية المضادة للعملية الأيضية (Anti metabolite Agents) والمضادات الحيوية المضادة للسرطان والقلويات والهرمونات كالكورتيزون والهرمونات الجنسية الذكرية والأنثوية وكذلك يستعرض العلاج بالأشعة (Radiation Therapy) كما

تأليف الدكتور عبدالفتاح عطا الله

يعدد الآثار الجانبية الناتجة من المعالجة بالأشعة. ويختتم هذا الفصل بشرح للخطوات الأساسية للوقاية من السرطانات المختلفة.

والفصل الثاني مخصص لسرطانات الفم والبلعوم والحنجرة بالتفصيل والطرق المتبعة في علاج هذه السرطانات.

أما الفصل الثالث فيشرح فيه سرطان الغدة الدرقية وأنواع أورام الغدة الدرقية (Thyroid) الحميدة والسرطانية وطرق تشخيصها وعلاجها.

والفصل الرابع مخصص لسرطان المريء. أما الفصل الخامس ففيه شرح مفصل عن سرطان الرئة وأنواعه ومضاعفاته ويستعرض الأشخاص المعرضين لهذا السرطان وكذلك تشخيصه ومعالجته.

أما الفصل السادس ففيه شرح مفصل ومزود بالرسوم التوضيحية لسرطانة الثدي . ويبدأ بلمحة تشريحية للثدي وتطوره وطريقة فحصه، ثم أورام الثدي (Breast Lumps) وسرطانة الثدي وطرق تشخيصها وأهم أنواعها، ثم الطرق المناسبة لعلاج كل نوع منها.

والفصلان السابع والثامن مخصصان لسرطان المعدة والقولون والمستقيم وكيفية معالجة كل منها على حدة.

والفصل التاسع يشرح سرطانات الكبد الأولية وطرق تشخيصها ومعالجتها وكذلك السرطانة الكبدية الثانوية وعلاجها. وأما الفصل العاشر فمخصص لسرطانات العين وأنواعها وطرق تشخيصها وعلاجها.

أما الفصل الحادي عشر ففيه شرح مفصل عن سرطان الجلد الذي هو من أكثر السرطانات حدوثا بالمقارنة للسرطانات الأخرى. ويستعرض الأشخاص المعرضين للإصابة بسرطان الجلد والإجراءات التشخيصية لسرطان الجلد وأنواع السرطانات الجلدية وطرق معالجتها. والفصل الثاني عشر مخصص لأورام المخ وتشخيصها ومعالجتها.

أما الفصل الثالث عشر فيستعرض سرطانات الجهاز التناسلي، ويبدأ بسرطانات الجهاز التناسلي الأنثوي وأسباب حدوثها وطرق تشخيصها وكيفية معالجتها، ثم يشرح سرطانات الجهاز التناسلي الذكري وأسباب حدوثها وتشخيصها وطرق معالجتها.

أما الفصول التالية من الفصل الرابع عشر إلى الفصل التاسع عشر فتشرح الأورام الخاصة في الأطفال وورم نخاع العظام المتعدد (Multiple Myeloma) وأورام العظام وسرطان الدم وسرطان العقد اللمفاوية (Lymphomas) وسرطانات المرارة والقنوات الصفراوية والبنكرياس، وطرق تشخيصها ومعالجتها.

أما الفصل العشرون والأخير فيشرح سرطانات الجهاز البولي بالتفصيل وتشمل سرطانات الكلوة والحالب والمثانة وأعراضها وطرق تشخبصها ومعالجتها. كما يعطي لمحة إحصائية عن سرطانة المثانة في إقليم مصر بسبب انتشار مرض البلهارسيا، وأعراض هذه السرطانة وطرق تشخيصها ومراحلها ومعالجتها، كما يختتم بذكر كيفية الوقاية من سرطانة المثانة عن طريق الوقاية من مرض البلهارسيا (Bilharziasis) بالقضاء على القواقع التي تثوي طفيليات البلهارسيا.

عدد الصفحات : 268 سنة النشر : فبراير 1988

الناشر : المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية - سعر النسخة : 4 د.ك أو 15 دولار أمريكي



الموجز الإرشادي عن التشريح

صدر هذا الكتاب عام 1998 وهو من سلسلة الموجزات الإرشادية ليكون تكملة لبقية الموجزات الإرشادية التي صدرت من قبل للناشر العالمي بلاكول.

ويقع هذا الكتاب في ثلاثة وعشرين فصلاً. فيبدأ الفصل الأول في وصف التشريح العام واضعاً قواعد عامة تنطبق على التشريح الطوبوغرافي المفصل الذي يرد في الفصول التالية. فيصف في هذا الفصل الأنواع المتعددة للغضاريف (Cartilage) التي تختلف في تركيباتها حسب وجودها في العضو كالغضاريف المرنة (Elastic) والغضاريف الليفية (Fibrocartilage) التي هي أكثر صلابة كالتي توجد بين أجسام الفقرات.

أما الفصل الثاني فيخص عظام الطرف العلوي.

والفصل الثالث يصف منطقة الكتف والعضد ويبدأ بمفصل المنكب (Shoulder Joint) ويشرح سبب دوران العضد حول المفصل دوراناً كاملاً مما يجعله مفصلاً ضعيفاً نسبياً يسهل خلعه رغم وجود الأربطة (Ligaments) والعضلات القوية المرتبطة به. وتشكل العضلات الأربع معاً ما يسمى بكفة التدوير (Rotator Cuff) التي تساعد في تقوية مفصل المنكب.

ويختص الفصل الرابع بتشريح الساعد واليد، فيبدأ بشرح الحفرة المرفقية (Cubital Fossa)، ومفصل المرفق، ثم عضلات الجهة الأمامية للساعد بطبقاتها التشريحية المختلفة، ثم مفاصل المعصم واليد، وعضلات اليد المختلفة. ويتطرق بعد ذلك لعضلات الجهة الظهرية للساعد، ثم شرايين الساعد واليد، وأخيرا أعصاب الساعد واليد.

تأليف الدكتور د.ب. موفات

ترجمة الدكتور محمد توفيق الرخاوي

ويتناول الفصل الخامس تشريح عظام الطرف السفلي، فيبدأ بعظم الورك (Hip Bone)، ثم عظم الفخذ (Femur)، والرضفة (Patella)، والظنبوب (Tibia)، والشظية وغيرها من عظام الطرف السفلي، كما يشرح الإمداد الدموي لهذه العظام.

ويخصص الفصل السادس من الكتاب لتشريح الفخذ، فيبدأ بمقدمة، ثم يشرح مفصل الورك (Hip Joint)، وعضلات المثلث الفخذي، والجانبين الأمامي والأنسي للفخذ،والأوعية والأعصاب الموجودة بتلك المنطقة من الفخذ، وكذلك الحال بالنسبة للمنطقة الألوية (Gluteal Region) والجهة الخلفية من الفخذ. ويتطرق الفصل بعد

ذلك لوصف الحفرة المأبضية (Popliteal Fossa)، ثم مفصل الركبة والحركات التي يقوم بها هذا المفصل.

ويتناول الفصل السابع من الكتاب تشريح الساق والقدم، بينما يخصص الفصل الثامن للصدر (Thorax)، فيبدأ بتشريح الفقرات الصدرية والضلوع، ثم الجدار الصدري، والتجويف الصدري ومحتوياته من الجنبة (Pleura) والرئتين، ثم القلب وتشريحه بالتفصيل، كما يشرح المنصف (Mediastinum) ومحتوياته.

ويخصص الفصل التاسع لتشريح جدار البطن والأعضاء التناسلية الخارجية والحجاب الحاجز، بينما يتناول الفصل العاشر الجدار العلوي من البطن، ويشرح الفصل الحادي عشر مشتقات المعى المتوسط والمعى الخلفي، فيبدأ بشرح الأمعاء الدقيقة، والأعور (Caecum) والزائدة الدودية والقولون، والمستقيم، ثم القناة الشرجية.

ويتناول الفصل الثاني عشر تراكيب الجدار الخلفي للبطن من حيث العضلات والأورطي والوريد الأجوف السفلي والكليتين والحالبين.

ويشرح الفصل الثالث عشر الحوض والعجان (Perineum) والأوعية الليمفية، فيتناول التركيب العظمي للحوض وعضلات الحوض، ثم أحشاء الحوض ومنها المثانة والبروستاتة في الذكر، والرحم والمهبل في الأنثى.

ويخصص الفصل الرابع عشر لتشريح العمود الفقري، فيبدأ بالفقرات الصدرية (Thoracic Vertebrae)، ثم العنقية (Cervical)، والقطنية (Lumbar)، والعجز (Sacrum).

والفصل الخامس عشر معني بتشريح الجهاز العصبي المستقل: فيقسمه إلى الجهاز العصبي الودي (السمبثاوي)، والجهاز العصبي اللا ودي (الباراسمبثاوي).

ويتناول الفصل السادس عشر تشريح الجمجمة بالتفصيل، بينما يتناول الفصل السابع عشر المثلث الخلفي للعنق ويشرح التراكيب السطحية والعميقة المكونة لهذا المثلث.

والفصل الثامن عشر مخصص للجزء السفلي من العنق، فيبدأ بالمثلث الأمامي ومحتوياته من البلعوم (Pharynx)والعضلات تحت اللامية وغيرها، ثم الغدة الدرقية والدريقات (الغدد جار الدرقية)، ويختتم الفصل بتشريح الرغامى (القصبة الهوائية) والمريء.

أما الفصل التاسع عشر فيشرح الجزء العلوي من العنق، والمنطقة تحت الفكية والغدد والأعصاب المتعلقة بها، ثم الأعصاب القحفية (Cranial Nerves) الأربعة الأخيرة وهي العصب اللساني البلعومي IX، والعصب المبهم (الحائر) X، والعصب الإضافي XI، والعصب تحت اللساني XII. ثم يشرح المنطقة تحت الصدغية والعضلات والأوعية المتعلقة بها.

ويتناول الفصل العشرين البلعوم، والحنك (Palate)، والفم والحنجرة، بينما يشرح الفصل الحادي والعشرين الوجه وفروة الرأس، والفصل الثاني والعشرين التجويف القحفي (Cranial Cavity) والحجاج (Orbit).

أما الفصل الثالث والعشرين، والأخير، فمخصص لدراسة الأنف والأذن والحنجرة والمناطق التابعة لها.

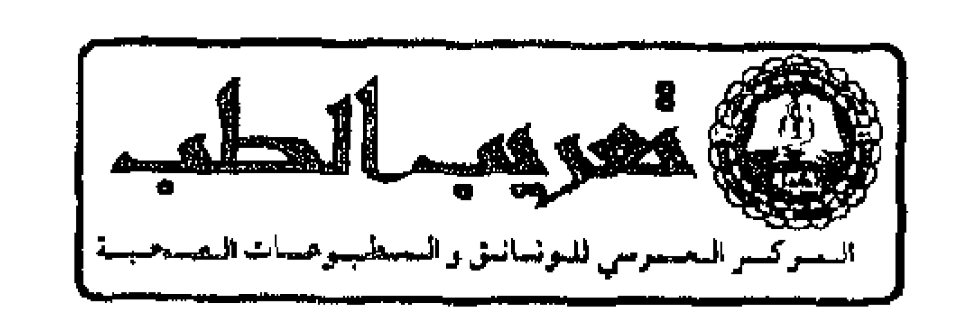
ويختتم الكتاب بسرد للمصطلحات التشريحية المستخدمة في الكتاب باللغتين العربية والإنجليزية، وقد رتبت حروفها ألفبائيا ليسهل الرجوع إليها عند الحاجة.

عدد الصفحات : 425 سنة النشر : 1998

يحتوي على عدد كبير من الأشكال والرسوم التوضيحية

الناشر : المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية

سعر النسخة : 8 د.ك أو 25 دولار أمريكي



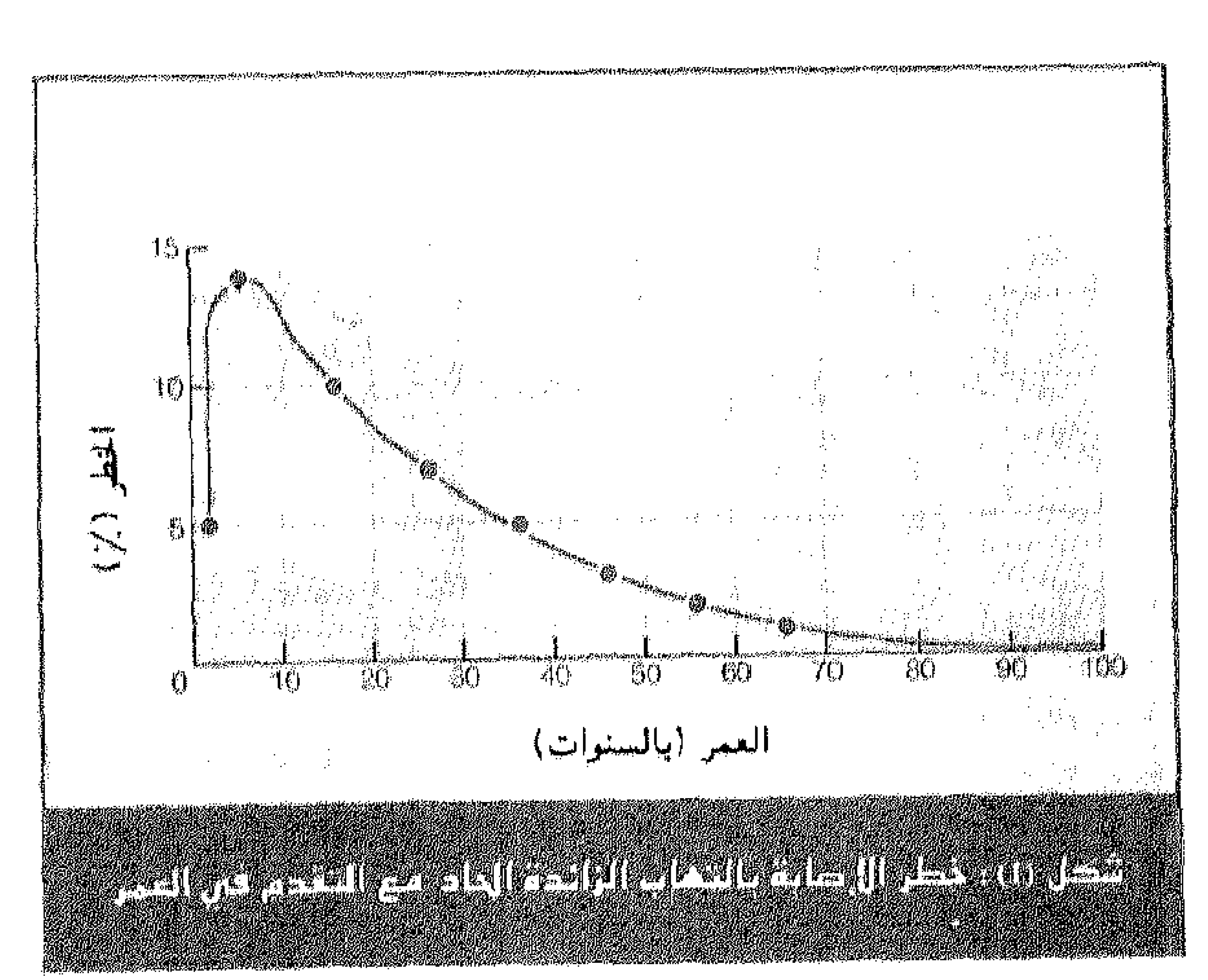
المجلد2 ، العدد3
نوفمبر 1998

التهاب الزائدة الدودية
Appendicitis

* الانتشار

يعد التهاب الزائدة الدودية (Appendicitis) أكثر الطوارئ الجراحية العامة الحادة شيوعاً. وخلال العقود الثلاثة الأخيرة، انخفضت بدرجة كبيرة معدلات التهاب الزائدة الدودية الحاد، والتي تتأثر بالعوامل الغذائية والوراثية. وفي البلدان الغربية، يخضع 16٪ من السكان لعملية استئصال الزائدة الدودية (Appendicectomy)؛ وفي أفريقيا وآسيا، تقل تلك المعدلات بدرجة كبيرة.

يبلغ خطر الإصابة بالتهاب الزائدة الدودية الحاد أقصاه في الطفولة وينخفض بصورة مضطردة مع التقدم في العمر (شكل1).



شكل (1): خطر الإصابة بالتهاب الزائدة الحاد مع التقدم في العمر

* علم التشريح

الزائدة (الدودية) هي أنبوب عضلي مسدود النهاية، يتكون من طبقات مصلية (Serosal)، وعضلية (Muscular)، وتحت المخاطية (Submucosal)، ومخاطية (Mucosal). وتتفرع الزائدة من الأعور (Cecum) في ملتقى الشرائط القولونية *(Taeniae coli)* وفي 15-20٪ من الأفراد تقع الزائدة خارج الصفاق (Extraperitoneal) - في موقع خلف الأعور (Retrocecal)، وفي 80-85٪ من الأفراد يتباين موقع الزائدة، وذلك حسب طول الزائدة وقابليتها للحركة، وكذلك حسب الأعور.

وفي حالات الحمل، يزيح الرحم المتنامي الزائدة بشكل متزايد نحو المراق الأيمن (Rt. Hypochondrium). يتسم تجويف الزائدة بكونه غير منتظم، وبضيقه بسبب كثرة الجريبات اللمفاوية (Lymphoid Follicles)، والتي يتناثر بينها عدد قليل من الغدد المفرزة للمخاط، في الطبقة تحت المخاطية. وللزائدة إمداد دموي هائل عن طريق الشريان (أو الشريانين) الزائدي (Appednicular Artery)، والذي يتفرع من الشريان اللفائفي القولوني (Ileocolic A.). تجري الشرايين في مساراق الزائدة (Mesoappendix)، لكنها تقترب كثيرا من جدار الزائدة في المنطقة القاصية، مما يجعل الخثار الدموي الثانوي (Secondary Thrombosis) من المشاهدات



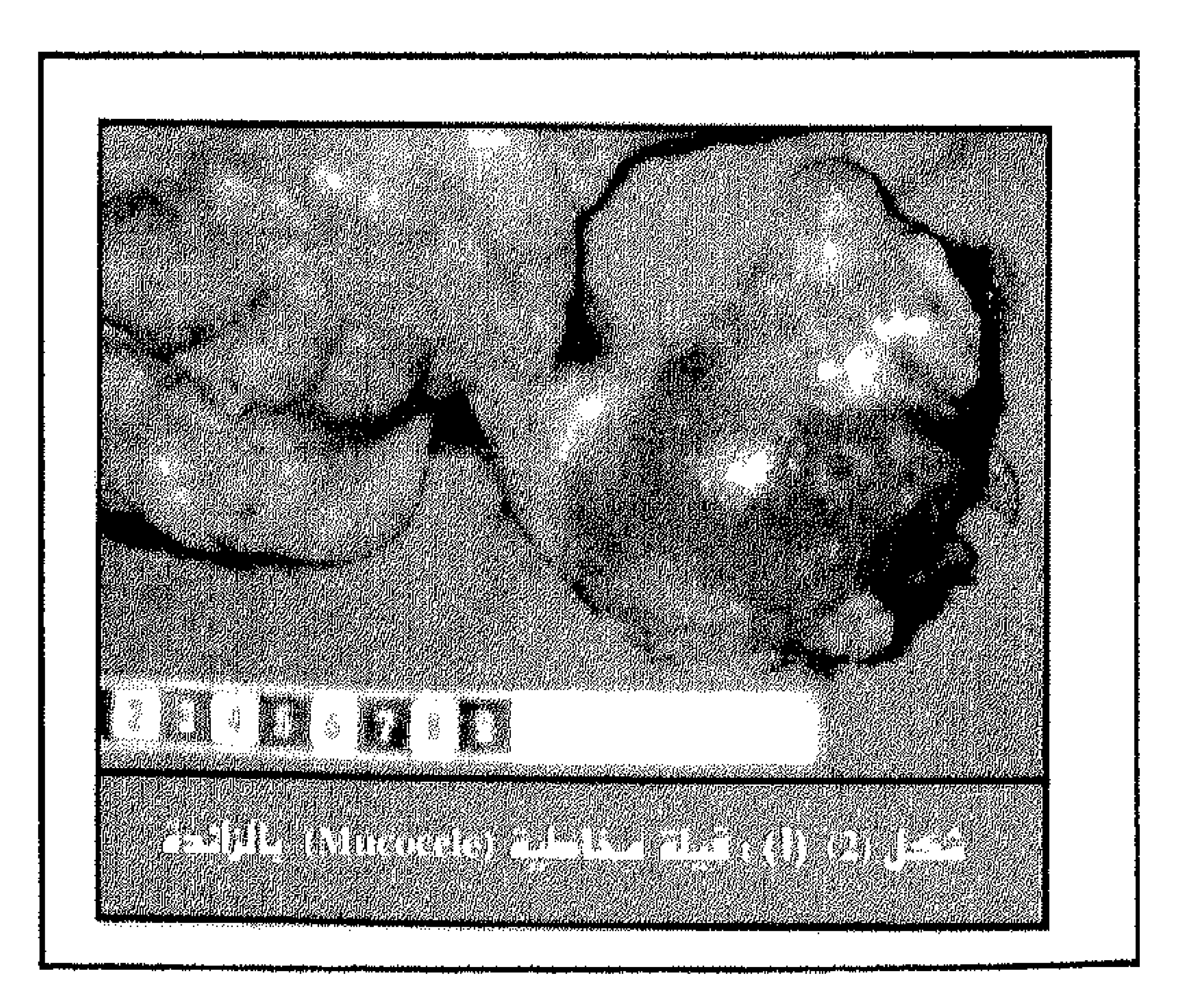
المألوفة. يضمر النسيج اللمفاوي والتوعية الدموية للزائدة مع التقدم في العمر.

* المرضيات

يتراوح التهاب الزائدة الحاد بين الالتهاب النزلي البسيط (Catarrhal Inflammation)، والذي يتميز بالشفاء التلقائي الكامل، إلى نخر قيحي (Suppurative Necrosis) مميت، مصحوبا بانثقاب الزائدة (Perforation)، أو تكون خرّاج أو التهاب صفاقي معمم (Generalized Peritonitis).

يبدأ الالتهاب بانسداد تجويف الزائدة،ثانويا لانتفاخ النسيج اللمفاوي في الجدار استجابة للعدوى الفيروسية أو لانسداد ميكانيكي بفعل حصاة غائطية (Fecalith) في تجويف الزائدة. يمكن أن يحدث ضغط وانسداد خارجي (Extrinsic) في حالات الفتق (Hernia)، كما تؤدي نوبات الالتهاب السابقة لحدوث تضيق ليفي (Fibrotic Stricture) في الجدار. وفي بعض الأحيان، يؤدي الانسداد إلى نشوء قيلة مخاطية (Mucocele) (شكل 2). تسبب أورام الزائدة و الأعور المجاور، بدورها، التهاب الزائدة الدودية الساد (Obstructive).

يشمل النبيت الجرثومي (Bacterial Flora) للزائدة الجراثيم اللاهوائية (Anaerobic) والهوائية (Aerobic)،



شكل (2) (أ): قيلة مخاطية (Mucocele) بالزائدة



شكل (2) (ب): محتويات القيلة المخاطية بالزائدة

والتي توجد نمطيا في الأمعاء الغليظة. ويحرض انسداد تجويف الزائدة، والتقرح البرازي (Stercoral Ulceration) - نتيجة لوجود حصاة غائطية كبيرة - نشوء العدوى الغازية (Invasive Infection) والتهاب باطنة الشريان الالتهابي (Inflammatory Endarteritis). توجد الحصيات الغائطية في 30-40٪ من الزوائد المستأصلة، ويشيع الموات (Gangrene) بنسبة الضعفين في مثل هذه الحالات (75-80٪)، مقارنة بالزوائد التي لا تحتوي على حصيات غائطية.

السياق السريري

إذا لم يعالج التهاب الزائدة الدودية، سيعتمد ترقي المرض (Progression) على تفاعل عدة عوامل (شكل 3). إن الترقي المرضي من الالتهاب داخل الجدار (Intramural Inflammation)، إلى انسداد التجويف (Luminal Obstruction)، إلى الموات والانثقاب ليس ضرورة حتمية. يتبع الالتهاب نمطا متباينا، من الممكن إعاقته أو تأخيره بفعل دفاعات المضيف في أي وقت. ولا تقل معدلات الانثقاب التي تبلغ 25٪ في المرضى الذين يقدمون بتاريخ للألم لمدة أقل من 24 ساعة، بدرجة عن نسبة 35٪ للانثقاب في المرضى بتاريخ للألم لمدة تزيد على 48 ساعة.

ليس هناك دليل يشير إلى نسبة المرضى الذين من

شكل (3): العوامل المحددة لترقي الالتهاب في التهاب الزائدة الدودية

جهازية

* نهايات العمر
* وجود مرض جهازي عرضي (مثال: التهاب المفاصل الروماتزمي (الرثياني)، البدانة المرضية).
* الكبت المناعي(مثال: كنتيجة لتناول الكورتيكوستيرويدات والعلاج الكيميائي).

موضعية

* موقع الزائدة.
* سرعة تطور الالتهاب.
* وجود حصاة غائطية (Fecalith).
* تعطل الجريان الدموي.
* تحرك الثرب (Mobility of Omentum).

المحتمل أن يصابوا بالإنتان المنتشر (Diffuse Sepsis)، لأن المعالجة تغير من نمط سير المرض باستبدال أخطار الانثقاب بالأخطار الأقل حدة، والمرتبطة بالجراحة.

* التشخيص

ـ التاريخ المرضي

نمطيا، يقدم المريض بالتهاب الزائدة الدودية خلال 24 ساعة من البداية التدريجية لألم مغصي بطني مركزي، مع فقدان الشهية للطعام ونوبة أو اثنتين من التقيؤ. تتغير طبيعة الألم حول السرة من كونه حشويا رجيعا (Visceral Referred Pain)، إلى ألم جسدي (Somatic) أكثر تحديدا، وذلك عندما يتخطى الالتهاب حدود الزائدة ليهيّج جدر البطن. ويزداد الألم بالحركة أو السعال، ويعد الإمساك من المشاهدات المألوفة.

ولسوء الحظ، لا يعطي سوى 50٪ من المرضى بالتهاب الزائدة الدودية الحاد تاريخا مرضيا نمطيا. وفي 30٪ من المرضى، يتجاوز تاريخ الشعور بالألم 24 ساعة؛ وفي 30٪ يظهر الألم أولا في الحفرة الحرقفية اليمنى (Rt. Iliac Fossa)؛ و لا يصاب 20٪ بالقيء على الإطلاق، كما يعاني 20٪ من الإسهال. وبالإضافة إلى ذلك، ففي المرضى الذين تكشف الجراحة وجود زائدة طبيعية لديهم، دائما ما يظهرون واحدا أو أكثر من هذه الأعراض.

* الفحص الفيزيائي

برغم أن أكثر المرضى بالتهاب الزائدة الحاد الراسخ يبدون مرضى ويشعرون بالمرض، فإن درجة التكدر الجهازي (Systemic Upset) لا يعكس غالباً مدى الإنتان الموجود بطريقة كاملة. في الحالات المبكرة، تغيب الملامح المرضية غير النوعية (أي تسرع القلب، والتجفاف (Dehydration)، والحمى (Pyrexia) لكن، في حالة وجودها، فإن أهميتها كمؤشر على تقدم المرض يجب أن توضع في الاعتبار.

يتسم الفحص البطني بأهمية كبرى في تشخيص التهاب الزائدة الحاد . يجب البحث عن الملامح التالية:

* نقطة الإيلام القصوى (Point of Maximal Tenderness).
* منعكس الدفاع العضلي (Guarding) و/أو الصمل (Rigidity).
* الارتداد (Rebound) و/أو الإيلام عند القرع (Percussion Tenderness).
* وجود كتلة ورمية.

إن إظهار وترجمة هذه العلامات الفيزيائية من المهارات التي تُفقد مع عدم الممارسة. يعد عمر، وجنس وشخصية المريض من المعدِّلات (Modifiers) المهمة للعلامات السريرية؛ تحدث الحالات الأكثر نمطية في الأطفال الأكبر سناً (5-15 سنة) من الجنسين، وفي الذكور الشباب. أما في بقية الأفراد، تكون الملامح أكثر غموضاً، وبالتالي تكون احتمالية وجود مرضيات بديلة أكبر.

يحدد موضع الأعور وحركية الزائدة موقع العلامات الفيزيائية.

* نقطة الإيلام القصوى:

استند تحديد نقطة «ماكبيرني» (McBurney's Point) للإيلام الأقصى على الملاحظة وحدها في عدد قليل من المرضى، ومن المحتمل أن يكون الإيلام بعيداً تماماً عن الحفرة الحرقفية اليمنى (الشكل 4). عندما تقع الزائدة عاليا خلف الأعور، يشعر المريض بالإيلام في الخصر الأيمن، وفي الزائدة الواقعة أسفل الحوض، قد لا يظهر الإيلام سوى عند الفحص المستقيمي (Rectal Examination).

* تقع نقطة الإيلام القصوى ضمن حدود هذه الباحة، وتعتمد على موضع الزائدة

شكل (4): نقطة الإيلام القصوى في التهاب الزائدة الحادة*

ـ الإيلام الارتدادي ومنعكس الدفاع العضلي:

(وهو تشنج لا إرادي للعضلات الواقعة أعلى حشى ملتهب): تعد من العلامات التأكيدية (Confirmatory) المفيدة، لكنها لا تعد من المتطلبات اللازمة للتشخيص. وفي بعض الأحيان، يظهر مرضى التهاب الزائدة علامات التهاب الصفاق الواسع الانتشار، والذي يخفي منطقة الإيلام الأقصى. إعادة الفحص، بعد الإنعاش (Resuscitation) والتسكين الكافي، تسمح بتحديد أكثر موثوقية للعلامات.

يجب إجراء الفحص المستقيمي بصورة روتينية إذا كان التشخيص غامضا أو إذا تغيرت عادات التبرز لدى المريض. ولابد من وجود قدر من الحكم السريري عند إجراء الفحص المهبلي من أجل دحض أو توكيد الشك بوجود باثولوجية نسائية (Gynecological Pathology). ويؤدي تنوع الأسباب النسائية للألم البطني إلى وجود مشكلة تشخيصية راجعة. يؤدي وجود الإفرازات المهبلية، وتاريخ أطول للألم (غالباً أكثر من 72 ساعة) وغياب اضطرابات المسلك المعدي ـ المعوي، إلى التفكير باحتمال وجود المرض الحوضي الالتهابي (PID) ومما يؤيد هذا التشخيص وجود ألم بطني منخفض الحدة على الجانبين، يزداد بتحريك عنق الرحم. تقترح هجمة مفاجئة من الألم حدوث تمزق لأحد الجريبات (Follicles)، أو الكيسات (Cysts) المبيضية، أو حمل منتبذ (Ectopic Pregnancy) وللإيلام البطني في مثل هذه الحالات، بسبب وجود الدم داخل الصفاق، سمات مختلفة وأقل وضوحا من ذلك الذي يلاحظ في حالات الالتهاب الصفاقي الناتج عن الإنتان.

ـ وجود كتلة ورمية:

تمثل الكتلة الورمية المحسوسة في الحفرة الحرقفية اليمنى، إما كتلة ورمية ملتهبة من الثرب الملتصق بالزائدة والأحشاء المجاورة لها، أو خراج. وفي المرضى المسنين، يشير وجود كتلة ورمية لوجود سرطانة أعورية. وعلى أية حال، ففي كثير من الأحيان لا يمكن اكتشاف الكتل الورمية سوى بعد خضوع المريض للتبنيج الكلي.

* الاستقصاءات

يمكن أن يتم التشخيص، والعملية الجراحية، والتدبير اللازم لمريض بالتهاب الزائدة الحاد بدون استقصاءات، باستثناء الحصول على تاريخ مرضي متأن، والفحص الفيزيائي وتحليل البول. ويمكن لتحليل البول والفحص المجهري اكتشاف وجود اضطراب كيميائي حيوي هام غامض، ويجب أن يستثني عدوى المسالك البولية. يقرر الجراحون أحيانا إجراء جراحة عاجلة خوفا من أن يؤدي تأجيل الجراحة لزيادة نسبة الانثقاب. و على أية حال، فليس هناك دليل على أن اتخاذ قرار إيجابي بملاحظة

المرضى ذوي العلامات المرضية غير الحاسمة (Equivocal Signs)، سيزيد من احتمال الانثقاب. وتتسم «الملاحظة النشطة» (Active Observation)، بكونها مأمونة، كما تتيح التفريق بين المرضى ذوي العلامات الباقية (Persistent) أو تلك المترقية (Progressive) بحيث تستدعي التدخل الجراحي، وبين أولئك الذين يشعرون بألم غير نوعي أو الذين يعانون من مرضيات أخرى. ويتيح التأجيل المتعمد للجراحة وقتا لمراجعة لنتائج الاستقصاءات الملائمة.

وفي بعض المرضى الذين يعانون من ألم أسفل البطن وملامح سريرية غير محددة، يكون إجراء استقصاءات إضافية ضروريا (شكل 5). يعتمد التدبير الأمثل على التعرف على المرضى ذوي المرضيات التي تتطلب التدخل الجراحي، بما فيها التهاب الزائدة الدودية، وتفريقهم عن الحالات التي لا تستطب فيها الجراحة. تعد مناسبة (Appropriateness) قرارات التدبير أكثر أهمية من التوصل إلى التشخيص.

* التدبير (Management):

يعالج التهاب الزائدة الدودية الحاد باستئصال الزائدة الدودية. وقد ظهر استخدام الجراحة لعلاج التهاب الزائدة الدودية عندما ارتفعت معدلات الوفيات المتعلقة بالتهاب الزائدة الدودية المنثقب. كان الإجراء التقليدي هو تطبيق المعالجة المحافظة (Conservative Treatment)، مع التصريف لاحقا لأي خراج، وفي تلك الآونة كان التهاب الصفاق المنتشر مميتا في العادة. وبرغم أن عدداً قليلاً فقط من المرضى تطورت حالتهم الصحية وصولا إلى المضاعفات المميتة، فقد أصبح إجراء الجراحة المبكرة في المرضى المشكوك في إصابتهم بالتهاب الزائدة الدودية هو الطريقة الجازمة لمنع الإنتان الصفاقي الحاد. و على أية حال، فليس من الممكن تطبيق التدبير المثالي بالتشخيص والجراحة المبكرين، مما يخفض نسبة المراضة والوفيات إلى الصفر، نظرا لأن كلا من المرضى، والأطباء والمرض ذاته، يتباينون كثيرا.

شكل (5): استقصاءات إضافية في التهاب الزائدة الدودية الحاد

الاستقصاء	التعليقات
* عد كريات الدم البيض	مناورة منخفضة (Low Specificity)
* صورة إشعاعية بطنية بسيطة	مناورة منخفضة
* التصوير بالموجات فوق الصوتية	مناورة مرتفعة؛ يتعرف على وجود مرضيات أخرى؛ لا باضع (Non-invasive)؛ حساسية منخفضة في التهاب الزائدة الدودية المبكر
* التفريس المقطعي المحوسب	عالي التكلفة؛ حساسية منخفضة في التهاب الزائدة الدودية المبكر
* التنظير الشعاعي بالتباين - حقنة الباريوم الشرجية	غازي (Invasive)؛ 15٪ من الحالات غير مُرضية تقنيا
* تجميع البيانات المنظم	بسيط؛ فعال
* «الملاحظة النشطة»	فعال؛ مأمون في التهاب الزائدة الدودية المبكر
* التشخيص بمساعدة الحاسوب (Computer-aided Diagnosis)	خلاف حول القيمة التشخيصية؛ ترجع فائدته إلى التجميع المنظم لبيانات المرضى
* تنظير البطن (Laparoscopy)	غازي؛ يقتصر استخدامه على الشابات ذوات العلامات المرضية غير الحاسمة
* السيتولوجيا الصفاقية (Peritoneal Cytology)	غازي؛ حساسية عالية، منخفض المناوعة

شكل (6): التشخيص التفريقي للألم في أسفل الجانب الأيمن من البطن

- داخل الصفاق (Intraperitoneal)

* ألم بطني غير نوعي.
* التهاب الغدد اللمفاوية المساريقية.
* التهاب اللفائفي الانتهائي (Terminal Ileitis) - غير النوعي، اليرسينة (Yersinia)، مرض كرون.
* الأمراض النسائية - المرض الحوضي الالتهابي (PID) (مثال: التهاب البوق، تقيح البوق، خراج بوقي - مبيضي)، تمزق كيسة مبيضية و/أو، جريبية، التواء كيسة مبيضية، تمزق حمل بوقي منتبذ.
ردب ميكيل (Meckels' Diverticulum) التهاب، انثقاب، التواء (Torsion).
* قرحة منثقبة بالاثني عشري.
* التهاب المرارة الحاد (Acute Cholecystitis).
* التهاب الردب السيني (Sigmoid Diverticulitis).

- خارج الصفاق

* التهاب رئوي بالجانب الأيمن السفلي.
* مغص حالبي بالجانب الأيمن.
* عدوى المسالك البولية - التهاب الحويضة والكلوة على الجانب الأيمن، التهاب المثانة.
* ورم دموي بغمد العضلة المستقيمة البطنية (Rectus Sheath Hematoma).

وفي حالات استثنائية، يتم تجنب الجراحة أو تأجيلها لعدم توافر المتطلبات اللازمة للجراحة الآمنة. فقد لا يكون الجراحون والمخدرون مؤهلين بالخبرة الكافية لتحمل الصعوبات التقنية المتوقعة، كما قد لا تكون الإمكانات الجراحية اللازمة متوفرة. وبصورة نمطية، تتم معالجة المرضى الذين يصابون بالتهاب الزائدة الدودية في ظروف معزولة (مثل السفر على البواخر، والغواصات، أو في المناطق البعيدة)، بالطريقة المحافظة بالمضادات الحيوية (Antibiotics). وفي السابق، كان وجود كتلة ورمية في الحفرة الحرقفية اليمنى يمثل الإشارة التقليدية لإنهاء التدبير المحافظ وإجراء استئصال الزائدة الدودية بصورة عاجلة، بسبب الخوف من نشر الإنتان الصفاقي. أما مع الاستخدام المعاصر للمضادات الحيوية، بما في ذلك الغسل الصفاقي (Peritoneal Lavage) بالمضادات الحيوية، فقد زال هذا القلق، وعند تطبيق التدبير المحافظ بنجاح، تصبح الحاجة لاستئصال الزائدة الدودية الطارئ مشكوكا فيها، لكنه من الآمن استئصال الزائدة بشكل انتخابي (Elective) عن التعرض لخطر نسبته 30٪ لتكرار الالتهاب الحاد.

ليس هناك ثمة دليل على أن المعالجة المحافظة لالتهاب الزائدة الدودية الحاد، كبديل للجراحة، يجب أن تكون أوسع انتشارا مما هي عليه الآن. فالأخطار المتعلقة بفشل المعالجة المحافظة، ودور استئصال الزائدة الدودية الطارئ، والتواتر (Frequency) وشدة النوبات المتكررة، تظل غير معلومة على وجه التحديد. ومن المحتمل أن نجد الإجابة على هذه الأسئلة خلال العقد القادم.

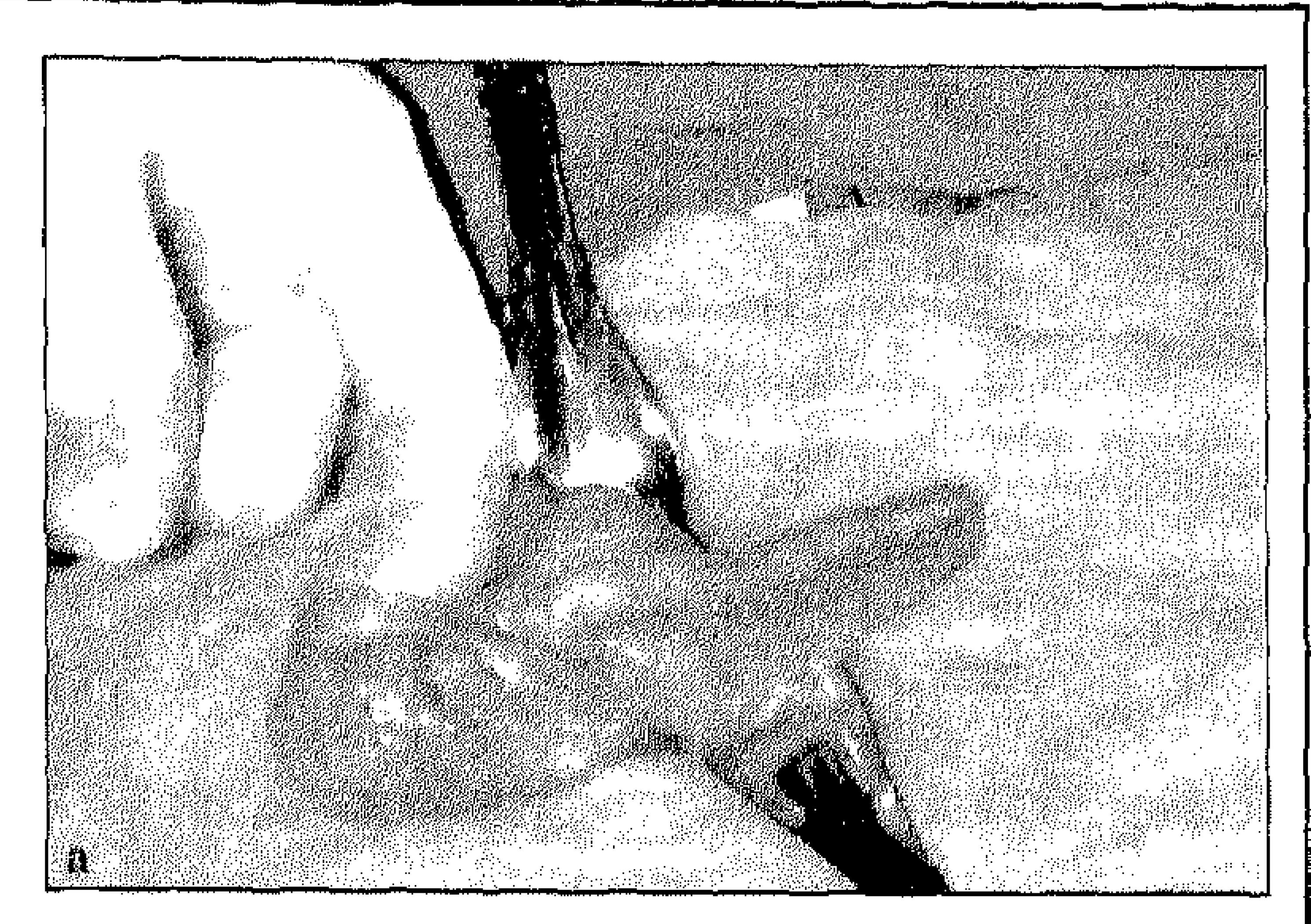
* التقنية الجراحية

- استئصال الزائدة الدودية التقليدي (المفتوح)

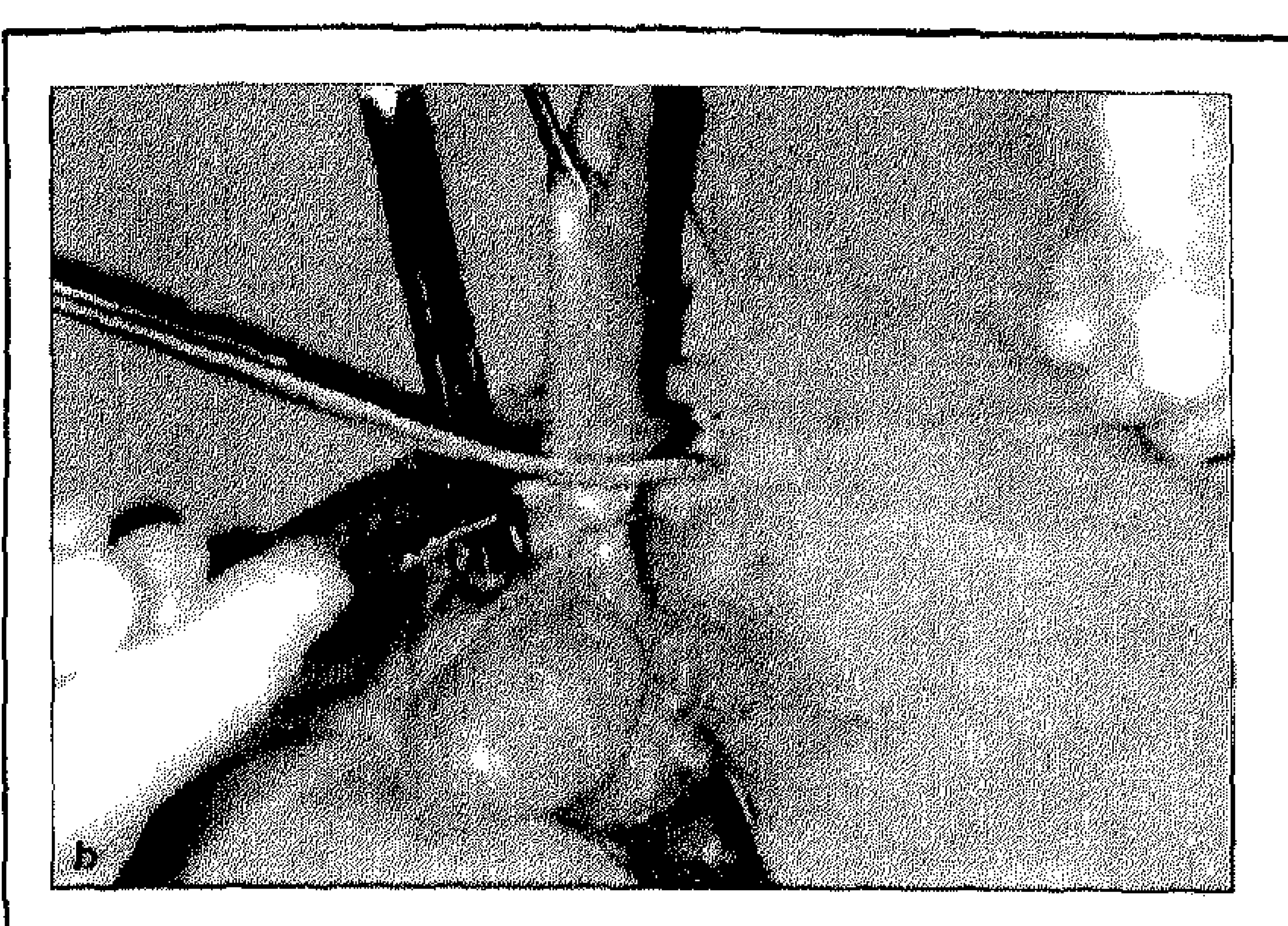
بالنسبة لأغلب المرضى، يكون الشق الأفضل هو شق المشواة (Gridiron Incision)، والذي يقع على باحة الإيلام الأقصى (شق المشواة هو شق يصنع في اتجاه عمودي على خط يربط الشوكة الحرقفية الأمامية العليا والسرة). يحتمل أن تقع هذه الباحة على مسافة من نقطة «ماكبيرني»، خصوصا في المريضات الحوامل وفي حالات التهاب الزائدة الدودية الحوضية وخلف الأعور. يجب توسيع شق المشواة بصورة كافية، إذ ينتج ما يدعى «استئصال الزائدة الدودية الصعب» عن التعرض غير الكافي (Inadequate Exposure) بسبب إجراء شق خاطئ الموقع، صغير، ومستعرض غالبا. يمكن الاعتناء بمزيد من التجميل (Cosmesis) إذا تموضع الإيلام أسفل الحفرة الحرقفية اليمنى وكان المريض نحيفا.

يؤدي الانتباه إلى التفاصيل الجراحية، وتعريض المريض للحد الأدنى من الرضح الجراحي وتلوث الجدار البطني، إلى معدلات أدنى من عدوى الجروح. ويمكن تبسيط العملية عن طريق ربط (Ligating) وتقسيم جدعة (Stump) الزائدة بدون قلبها (Inversion) (شكل 7). وبالنسبة للزوائد



شكل (7) (أ): استخراج الزائدة الملتهبة بالحد الأدنى بسحب شرائط (Taeniae) الأعور. لاحظ القطائل (Swabs) المغمورة في سائل مطهر تستخدم لتقليل تلوث الجدر إلى الحد الأدنى



شكل (7) (ب): قطع الزائدة المربوطة (Ligated)؛ ليس من الضروري إجراء قلب للجدعة (Stump inversion).

التي يؤدي الالتهاب لتثبيتها في موضع خلف الأعور أو آخر حوضي، يلزم إجراء استئصال الزائدة الارتجاعي (Retrograde Appendicectomy). وتتسم هذه التقنية بإدخال قدر أقل من القيح في الجدار البطني من المحاولات الرضحية للإمساك بالزائدة المتنخرة، قبل استئصالها. وعند وجود كتلة ورمية ملتصقة أو خراج، يجب أن تزال الزائدة بالكامل بالإضافة إلى أية حصاة غائطية، توجد حرة في التجويف الصفاقي.

ـ استئصال الزائدة الدودية بتنظير البطن

استقطب استئصال الزائدة الدودية بتنظير البطن (Laparoscopic Appendicectomy) مزيدا من الاهتمام مؤخرا، نتيجة للاستخدام الواسع الانتشار لجراحة المناظير.

موقع المنفذ (Port Site): يدخل منفذ جنيب السرة (Periumbilical) قطره 10 مليمترات عند أسفل المنطقة الأربية اليسرى، ومنفذ قطره 5 مليمترات في موقع مشابه في المنطقة الأربية اليمنى (شكل 8 أ). يتم إيلاج المنافذ (Ports) الثانوية تحت الرؤيا المباشرة، وعن طريق إنفاذ الضوء (Transillumination) عبر الجدار البطني، يمكن تجنب الأوعية الدموية الكبيرة. وتعطي هذه المواضع نتائج تجميلية ممتازة وتوفر وصولا جيدا للزائدة.

ـ معاينة التجويف الصفاقي (Inspection of Peritoneal Cavity):

يمكن فحص الأحشاء الحوضية (شكل 8ب) والأمعاء الدقيقة (شكل 8ج)بسهولة أكبر خلال عمليات تنظير البطن عنه في استئصال الزائدة الدودية التقليدي عبر شق المشواة الصغير الحجم.

ـ تصحيح وضع منظار البطن (Repositioning):

تصبح منابلة الزائدة أيسر إذا أعيد إيلاج منظار البطن عبر المنفذ السفلي الأيسر. ويتيح ذلك للجراح أن يستعمل آلاته عبر المنفذين (Ports) السري والأيمن السفلي، حيث يكون مركز الرؤية بالنسبة لمنظار البطن في أفضل موقع بين الآلات المستخدمة. يقف مشغل الكاميرا بجانب ساق المريض اليسرى والجراح في مستوى مفصل الورك (شكل 8 أ).

ـ تحريك الزائدة (Mobilization):

يتم إمساك الزائدة أو، إذا كانت الزائدة شديدة الالتهاب، مساراق الزائدة (Mesoappendix)، بواسطة قابض لا رضحي (Atraumatic Grasper) في اليد اليسرى (شكل 8د). يختلف استئصال الزائدة الدودية بتنظير البطن عن استئصال الزائدة الدودية التقليدي في أنه يتم

تشريح مساراق الزائدة بعيدا عن الزائدة بدلا من ربطه عند القاعدة. ويكمن السبب الجوهري لذلك في تقليل كتلة النسيج بحيث يمكن سحب الزائدة المشرّحة عبر منفذ قطره 10 مليمترات فقط.

وبمجرد «تسليك» الزائدة من جهة الأعور، يتم ربط قاعدة الزائدة مرتين بواسطة أربطة حلقية (Loop Ligatures) سابقة العَقد (Preknotted)، إما من نوع الخيط المعوي الكرومي (Chromic Catgut) رقم 1، أو البوليديوكسانون (Polydioxanone) كرومي (شكل 8«و»، و«ز») . يجب ربط الزائدة قريبا من القاعدة. بعد ذلك يتم قطع الزائدة (شكل 8 «ح»)، وبعد تروية التجويف الصفاقي بمحلول المضادات الحيوية، يتم استخراجها عن طريق المنفذ السُرّي (شكل 8 «ط»).

* مقارنة بين استئصال الزائدة الدودية التقليدي والمنظاري

تشير نتائج التجارب المقارنة المختارة عشوائيا (Randomized) وغير المختارة عشوائيا، إلى وجود فروق طفيفة بين استئصال الزائدة الدودية التقليدي والمنظاري فيما يتعلق بالوقت الذي تستغرقه الجراحة وتعافي المرضى الداخليين (In-patient Recovery). ومن الممكن أن يلي استئصال الزائدة بتنظير البطن عودة أسرع إلى النشاطات الطبيعية السابقة خارج المستشفى. وعلى أية حال، فمن الواضح أنه إذا أشارت مكتشفات تنظير البطن إلى وجوب استئصال الزائدة، فلابد أن يتم ذلك بتنظير البطن.

* المضاعفات

ـ الوفيات:

تقل نسبة الوفيات الإجمالية في التهاب الزائدة الدودية عن 1٪، لكنها ترتفع إلى 5٪ عندما يوجد انثقاب. وتتعلق نسبة الوفيات بعمر المريض؛ فتحدث أغلب الوفيات في المرضى المسنين. ونادراً ما يكون الإنتان الصفاقي (Peritoneal Sepsis) هو السبب الوحيد للوفاة في هذه المجموعة من المرضى، لكنه يحدث كأحد المضاعفات العرضية (Coincidental)، للأمراض القلبية الوعائية، أو التنفسية أو الكلوية. وفي بعض المرضى الصغار السن، لا يحدث التعافي من الإنتان الصفاقي سوى بعد مرض حاد يتطلب علاجا مساعدا مركزا.

ـ الإنتان الصفاقي:

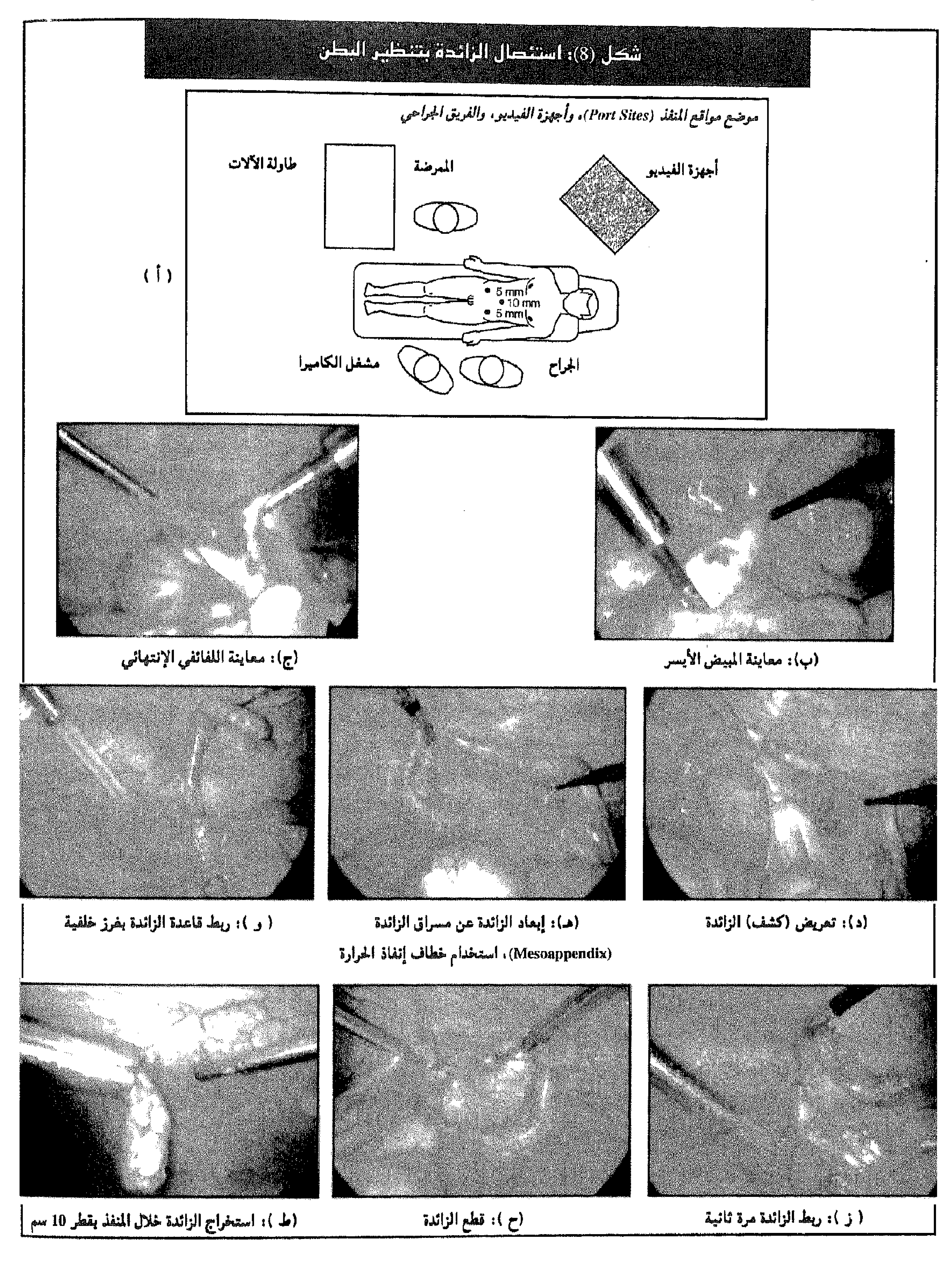
قد يكون الإنتان الصفاقي الحادث بعد الجراحة منتشرا (Diffuse) ـ مما يؤدي إلى الانسداد المعوي، أو متوضعا (Localized)، عادة في صورة خراج حوضي، يتطلب فترة نقاهة طويلة. تنتج هاتان المضاعفتان عن تقنية جراحية رديئة. يجب التعامل مع التهاب الصفاق المنتشر، والذي يتم تشخيصه قبل الجراحة، عن طريق فتح البطن التقليدي بدلاً من إجراء شق المشواة، وذلك للتمكن من عمل الغسل الصفاقي بصورة كاملة. يحدث الإنتان بعد الجراحة عن وجود جيوب عدوائية غير معالجة من السائل الصفاقي وعدم إزالة الحصوات الغائطية. إذا بقي الانسداد والإنتان، تستدعى إعادة الجراحة (Reoperation). إن التسرب (Leakage) من جدعة الزائدة نادر لكنه يعد من المضاعفات الخطيرة.

يجب تصريف الخراجات الحوضية عن طريق المستقيم. أما الخراجات الأخرى المحددة جيدا، فيجب تصريفها بالطريق عبر الجلدي (Percutaneously)، تحت التوجيه الإشعاعي أو فوق الصوتي.

ـ عدوى الجرح (Wound Infection):

هي المضاعفة الأكثر شيوعاً لاستئصال الزائدة الدودية، ويتعلق بدرجة التلوث الحادثة أثناء الجراحة. وعادة ما يقيّم انتشار هذه المضاعفة بصورة أقل من الواقع لأن أكثر هذه العداوي تظهر بعد أن يغادر المريض المستشفى. ويبلغ معدل الانتشار10٪ في الحالات ذات «الخطر المنخفض» للإصابة بالعدوى (الحالات الطبيعية أو عند وجود التهاب بدون تقيح)، بينما ترتفع تلك النسبة إلى أكثر من 20٪ في حالة عدم تطبيق المضادات الحيوية الوقائية في المرضى ذوي «الخطورة العالية» (أي عند وجود الموات أو الانثقاب). ويمكن أن تنخفض هذه النسب إلى 2-3٪، و5-7٪ على

شكل (8): استئصال الزائدة بتنظير البطن



(ب): معاينة المبيض الأيسر

(ج): معاينة اللفائفي الإنتهائي

(د): تعريض (كشف) الزائدة

(هـ): إبعاد الزائدة عن مساراق الزائدة (Mesoappendix)، استخدام خطاف إنفاذ الحرارة

(و): ربط قاعدة الزائدة بغرز خلفية

(ز): ربط الزائدة مرة ثانية

(ح): قطع الزائدة

(ط): استخراج الزائدة خلال المنفذ بقطر 10 سم

الترتيب، مع تطبيق المضادات الحيوية الفعالة ضد الجراثيم الهوائية واللاهوائية، بالحقن و/أو موضعيا، بالإضافة إلى اعتماد تقنية جراحية جيدة. وتكفي جرعة وحيدة قبل الجراحة من المضادات الحيوية بالنسبة للحالات المنخفضة الخطورة، أما عند وجود الالتهاب الصفاقي، فمن الضروري تطبيق المضادات الحيوية لمدة ثلاثة أيام على الأقل. ويعد الغسل بالمضادات الحيوي للصفاق والجرح طريقة بسيطة وفعالة لمنع العدوى.

ليس للمنازح (Drains) الصفاقية أو تلك التي تثبت في الجرح أية فائدة. ولا يكون الإغلاق المتأخر أو عدم إغلاق الجلد ضروريا إلا إذا اتضح عند نهاية العملية، أن مظهر الشق الجراحي شبيه بجروح الحرب الملوثة.

* مشكلات شائعة في التهاب الزائدة الدودية

- كتلة ورمية محسوسة قبل الجراحة:

لا يمثل تفريق كتلة فلجمونية (Phlegmonous Mass) عن خراج أية مشكلة عملية، أن الجراحة هي التدبير الأمثل لكليهما. تكون الجراحة عند الدخول الأول للمريض في مثل هذه الحالات عاجلة ومأمونة، بشرط اتخاذ الخطوات اللازمة لتقليل معدلات الإنتان بعد الجراحة.

- تبدو الزائدة طبيعية أثناء العملية:

يجب استكشاف السنتيمترات الستين الانتهائية من اللفائفي (Ileum)، بحيث يمكن التأكد من عدم وجود التهاب ردب ميكل (Meckels' Diverticulitis)، أو التهاب اللفائفي الانتهائي، أو التهاب الغدد اللمفاوية المساريقية (Mesenteric Adenitis) إذا كانت قاعدة الزائدة والأعور صحيحين، يجب استئصال الزائدة عند وجود التهاب اللفائفي. يساعد فحص الخزعة (Biopsy)، وزرع عينة من العقد الملتهبة في تشخيص العدوى باليرسينة (*Yesrsinia*). يجب أن يُرَى المبيض والبوق على الجانب الأيمن بصورة واضحة، مما قد يستلزم توسيع الشق الجراحي. ويشير اقتفاء السائل القيحي لأسفل الميزاب جنيب القولون الأيمن (Rt.Paracolic Gutter)، وجود قرحة قرحة منثقبة بالاثني عشري أو التهاب المرارة الحاد. وعادة ما تستلزم قرحة الاثني عشري المنثقبة إجراء شق بطني مرتفع آخر، لكنه من الممكن معالجة التهاب المرارة الحاد بشكل محافظ.

- وجود ورم في الزائدة:

عادة ما يكون هذا ورما سرطاويا (Carcinoid Tumor) إذا كان الورم أقل من 2 سنتيمتر في القطر، يعد استئصال الزائدة الدودية علاجا كافيا. أما إذا زاد قطر الورم عن 2 سنتيمتر، فمن الضروري استئصال نصف القولون الأيمن (Right Hemicolectomy). قد يتعذر تفريق السرطانة المخاطانية (Mucoid Carcinoma) المحدودة بالزائدة عن القيلة المخاطية (Mucocele) (شكل 2)، وفي الحالتين، يجب تجنب تمزيق الورم بسبب النتائج السيئة للانتشار الصفاقي، والذي قد يؤدي لاحقا لظهور الورم المخاطي الصفاقي (Myxoma Peritonei).

- استئصال الزائدة الدودية الوقائي:

أثناء إجراء عملية جراحية أخرى مبرر فقط في المرضى صغار السن الذين يتعرضون لخطر كبير لالتهاب الزائدة الدودية. وهو إجراء غير ملائم في المرضى المسنين.

- يتعذر العثور على الزائدة أو استئصالها:

يجب على الجراح أن يطلب مساعدة من هم أكثر خبرة من زملائه حالما تظهر تلك المشكلة. وإذا لم تتوفر تلك المساعدة، يجب توسيع الشق الجراحي والاستفادة من المساعدة غير الماهرة في التبعيد (Retraction).

لا يستحيل استئصال الزائدة الدودية على الإطلاق، بشرط أن يمتلك الجراح مهارة كافية، مع وجود التعريض (Exposure) والمساعدة اللازمين.

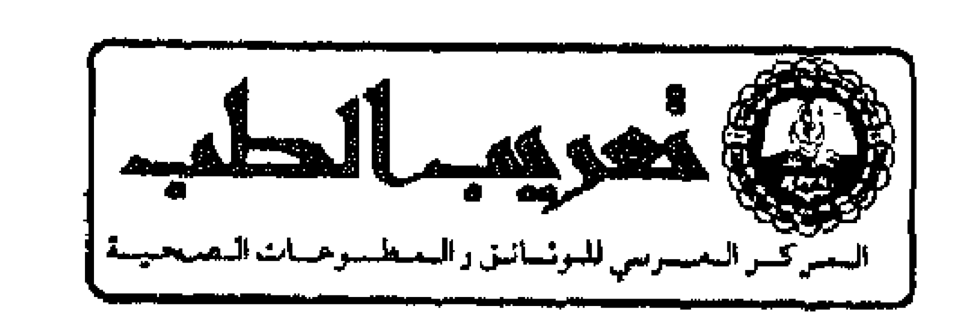
***Bibliography:**

-Krukowsky Z H, et al. Appendicitis. *Surgery International*, 1997 ;37: 76-81.

-Cooperman M, Complications of Appendicectomy. *Sur Clin N Amer*; 63: 1233-47

-Hoffmann J, et al.Aids in the Diagnosis of Acute Appendicitis. *Br J Surg* 1989; 76:774-9.

Further References are Available from ACML on Request.



المجلد2 ، العدد3
نوفمبر 1998

الصحة الإنجابية بالمغرب

نتائج البحث المنجز بالتعاون بين وزارتي الصحة والمشروع العربي للنهوض بالطفولة

إعداد: د. خالد فتحي*

دعماً للجهود المبذولة لصالح تطوير صحة الأم والطفل، فقد أنجزت وزارة الصحة المغربية خلال الفترة الممتدة مابين نوفمبر 1996 وأبريل 1997 في إطار برنامج جهودي للبحوث حول صحة الأم والطفل تشرف عليه الجامعة العربية بحثاً وطنياً حول الصحة الإنجابية بالمغرب.

وترمي هذه الدراسة التي احتضنها المشروع العربي للنهوض بالطفولة (م ع ن ط) والتي شملت 45,000 عائلة و69,340 امرأة توجد في طور الإنجاب (15 إلى 49 سنة) إلى فرز مؤشرات ديمغرافية وطنية كالخصوبة (Fertility)، وفيات الأطفال (Children's Mortality)، انتشار استعمال وسائل منع الحمل، والتعرف على فعالية التغطية التي توفرها برامج صحة الأم والطفل المغربية (استشارة ماقبل الولادة [Prenatal counseling]، الوضع، التلقيح [Vaccination]) على صعيد كل منطقة. مما سيمكن ولاشك المخططين المركزيين على حسن التقييم والبرمجة للمبادرات المقبلة. وتمثل هذه الدراسة المرحلة الأولى من سلسلة دراسات حول الصحة الإنجابية تنوي وزارة الصحة المغربية إنجازها بالتعاون مع خبراء من الجامعة العربية والمنظمات التابعة للأمم المتحدة والوكالة الأمريكية للتعاون الدولي (USAID).

وفيما يلي لمحة عن نتائج هذا البحث.

* طريقة العمل:

تم انجاز بحث (م ع ن ط) على غرار الأبحاث السابقة بالاعتماد على ممرضات تمارس عملهن بمصالح صحة الأم

* طبيب مساعد بمصلحة أمراض النساء ، ومستشار بديوان وزير الصحة - المملكة المغربية .

والطفل واستفدن من تدريب دام أربعة أسابيع حول مختلف جوانب هذا البحث. وعند نهاية التكوين (التدريب) تم اختيار 12 فريقاً للعمل (رئيس مراقب للفريق وثلاث مستطلعات ومساعد مراقب) للشروع في مرحلة جمع المعطيات من الميدان.

ابتدأت هذه المرحلة بتاريخ 21 نوڤمبر 1996 واستغرقت ستة أشهر وأشرف على تنفيذها منسقون للبحث (مهندسون، إحصائيون [Statisticians]، ديمغرافيون، أطباء) بينما قام موظفوا مصلحة الدراسات والإعلام الصحي بوزارة الصحة المغربية باستثمار المعطيات.

*** اختيار العينات:**

يتعلق الأمر ببحث استطلاعي مستوف للشروط تم على ثلاثة أصعدة: مقر السكنى، والجهة وداخل بعض الأقاليم.

يعتبر (م ع ن ط 1997) أوسع بحث أنجزته وزارة الصحة المغربية، فقد انصب على 1500 مجموعة 852 منها بالمجال الحضري و648 بالمجال القروي.

هذه المجموعات أو الوحدات الثانوية تم انتقاؤها عبر سحب نظامي تم على ثلاث مستويات انطلاقاً من العينة الرئيسية لمديرية الإحصاء في حين تكفل تقنيو الإحصائيات الصحية بوزارة الصحة بتحيين العينات.

لقد تم في المجموع استجواب 45000 عائلة (25,559 منها بالمجال الحضري و19,441 بالمجال القروي) و69,340 امرأة (39,969 بالمجال الحضري و29,371 بالمجال القروي).

يمكن إسقاط المعلومات التي تم الحصول عليها (الخصوبة منع الحمل ـ التلقيح ـ وفيات الأطفال... إلخ) على المستوى الوطني بالنسبة لمكان الإقامة أو الجهة أو الإقليم.

كان هامش الخطأ ضيقاً جداً مما جعل النتائج المتوصل إليها تتميز بالمصداقية والدقة المتناهية. بحيث تمتاز معطيات بحث (م ع ن ط) على العموم بجودتها العالية حيث لاتعتريها أية عيوب ظاهرة على مستوى إعلان الولادات والوفيات التي تعتبر الوقائع الضرورية لحساب مؤشرات الصحة والسكان.

*** خصائص السكان المشمولين بالبحث:**

تمثل النساء المغربيات غير المتعلمات المتراوح عمرهن مابين 15 و49 سنة نسبة 58٪ سنة 1997.

يصل حجم الأسرة إلى 5.9 فرداً لكل أسرة: 6.5 فرداً بالنسبة للوسط القروي و5.5 بالنسبة للوسط الحضري.

*** مستويات وتوجهات الخصوبة:**

بالنسبة للثلاث سنوات السابقة لإنجاز البحث (1994-1997) كانت النساء المتراوح عمرهن مابين 15 و49 سنة ينجبن 3.1 طفلاً خلال مدة خصوبتهن.

وتختلف بقوة نتائج بحث (م ع ن ط) بحسب مكان الإقامة. فخصوبة النساء القرويات تكاد تضاعف (4.1 طفلاً لكل امرأة) خصوبة النساء الحضريات (2.3 طفلاً لكل امرأة).

كان الانخفاض ملحوظاً بالوسط القروي (2.5 طفلاً لكل امرأة) أكثر منه بالوسط الحضري (2.3 طفلا لكل امرأة).

وعلى أية حال، فالمستوى الحالي للخصوبة بالوسط القروي المغربي هو نفس مستوى الخصوبة بالوسط الحضري قبل 20 سنة.




*** الزواج (Marriage):**

بالمقارنة مع مصادر أخرى، فإن نتائج بحث (م ع ن ط) تكشف بأن نسب العازبات مابين 15 و19 سنة، و20 و24 سنة، قد انتقلت مابين 1960 و1997 على التوالي من 41٪ إلى 90٪ ومن 6٪ إلى 62٪.

*** الاستعمال الحالي لوسائل منع الحمل:**

كان معدل انتشار طرق منع الحمل أو بالأحرى كانت نسبة استعمال وسائل منع الحمل تعادل 58.8٪ بتاريخ إنجاز البحث. ويناهز هذا المعدل 65.8٪ بالوسط الحضري و50.7٪ بالوسط القروي.

انتقل معدل استعمال وسائل منع الحمل من 19٪ سنة 1980/1979 إلى 58.8٪ سنة 1997 مما يعني ارتفاعاً يقدر بـ 39.8 نقطة خلال تلك المدة. وكان هذا الارتفاع إذا قارنناه من زاوية مكان الإقامة فإنه كان ملحوظاً أكثر بالوسط القروي (كسب 41.71 نقطة) منه بالوسط الحضري (كسب 29.8 نقطة فقط).

ويعتبر المستوى الحالي المسجل بالوسط القروي (51٪) معادلاً لوضعية الوسط الحضري سنة 1987 مما يعني أنه متأخر بنحو 10 سنوات.

*** الاستعمال الحالي لكل طريقة من طرق منع الحمل:**

يتجه منع الحمل بالمغرب إلى استعمال الوسائل العصرية بمعدل يناهز 87.5٪.

وعلى اعتبار أن معدل اللجوء لأسلوب منع الحمل (كل الوسائل مجتمعة) يساوي 100٪ فإن حصة حبوب منع الحمل (Oral Contraceptives) سنة 1997 تمثل 70٪ بينما تبلغ حصة الوسائل العصرية الأخرى 18.5٪.

يكشف توزيع الاستعمال الحالي لوسائل منع الحمل كل منها على حدة بين 1992 و1997 ارتفاعاً في حصة كل من حبوب منع الحمل واللولب (IUD) على حساب الوسائل العصرية الأخرى، كما سجل أيضاً تراجعاً في استعمال الوسائل التقليدية.

*** معدل انتشار وسائل منع الحمل مقارنة مع باقي العالم:**

في المغرب وباقي الدول الأخرى، تنتشر أكثر الوسائل العصرية لمنع الحمل.

مستوى انتشار منع الحمل مرتفع نسبياً بالمقارنة مع دول الشرق الأوسط لكنه يظل منخفضاً بالمقارنة مع دول أمريكا اللاتينية.

تعد أقراص منع الحمل الوسيلة الأكثر استعمالا بالمغرب بينما يأتي اللولب في المرتبة الأولى بالدول العربية الأخرى كتونس ومصر.

*** تلقيح الأطفال مابين 12 أو 23 شهراً داخل كل وسط:**

من بين كل 100 طفل يبلغ عمرهم من 12 إلى 23 شهراً 89 استكملوا تلقيحهم (بطاقة تلقيح + استجواب) منهم 52٪ يمتلكون بطاقة تلقيح. وحسب مكان الإقامة يكون معدل التغطية فيما يخص التلقيح كالتالي: 93٪ في الوسط الحضري و85٪ في الوسط القروي.

*** تأطير الحمل والإشراف على الولادة:**

تظهر نتائج بحث (م ع ن ط) أنه في 42٪ من الولادات التي تمت خلال المرحلة الممتدة مابين 1993 و1997

ذهبت الأم مرة واحدة على الأقل لاستشارة قبل الولادة لدى طبيب أو ممرضة أو مولدة. وحسب مكان الإقامة فإن النسب هي كالتالي: 69٪ بالوسط الحضري و 20٪ بالوسط القروي.

بالنسبة لمراقبة الولادة فإن 43٪ من مجموع الولادات التي تمت خلال المرحلة الممتدة مابين 1993 و1997 قد جرت في مكان مراقب وتكاد هذه النسبة تصل ثلاثة أرباع (70٪) الولادات التي تمت بالمجال الحضري و20٪ بالمجال القروي.

*** وفيات الأطفال:**

بالنسبة للفترة السابقة على إجراء البحث (1992-1997) من بين 1000ولادة يموت 37 من المواليد قبل تمام السنة الأولى (20 طفلاً قبل نهاية الشهر الأول و17 طفلاً بين الشهر الأول والشهر الحادي عشر).

بالنسبة لوفيات الأطفال أثناء الولادة أو مباشرة بعد الولادة فقد سجل تراجعاً على التوالي بـ 26.3 نقطة خلال 16 سنة الأخيرة مما يعني تقلصاً سنوياً بمعدل 1.5 نقطة.

*** وفيات الأمهات:**

بالنسبة لوفيات الأمهات فقد عرفت تراجعاً بيناً بحيث انخفضت من 332 وفاة من أصل 100,000 ولادة حية خلال المرحلة 1980-1992 إلى 228 حسب البحث الأخير الممتد من 1992 إلى 1997. وكان الإنخفاض ملحوظاً أكثر بالمجال الحضري حيث انخفض معدل الوفاة لدى الأمهات بأكثر من النصف من 284 إلى 125 وفاة) في حين لم ينخفض إلا بنحو 15٪ بالوسط القروي (من 362 إلى 307 وفاة).

*** خلاصة:**

هذه هي السمات الرئيسة للبحث الوطني حول الصحة الإنجابية الذي رعاه المشروع العربي للنهوض بالطفولة والذي كشف عن نوع من التحسن في المؤشرات الوطنية، لكن مع ذلك لازالت وزارة الصحة المغربية تراهن على تحقيق نتائج أفضل. فالصحة الإنجابية رهان وطني يعكس مستوى النمو الذي يصل إليه شعب من الشعوب.

*** ملخص المقالة:**

تقدم هذه المقالة النتائج التي توصل إليها البحث الذي أنجزته وزارة الصحة المغربية مابين نوفمبر 1996 وأبريل 1997 بالتعاون مع الجامعة العربية حول الصحة الإنجابية بالمغرب. وتكشف عن أهم المؤشرات الديمغرافية الوطنية كالخصوبة ووفيات الأطفال وانتشار وسائل الحمل... إلخ مما يبرز التحسن الكبير في أرقام الصحة الإنجابية بالمغرب.

*** Bibliography:**

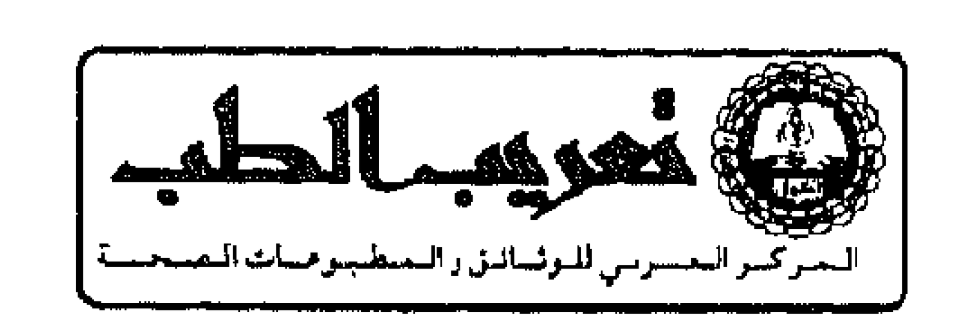
References for this article are available from the author: Dr.K. Fathi, P.O. Box 141,Rabat, Morocco.

*** اقرأ في العدد القادم من مجلة «تعريب الطب»**

* **ملف العدد:** الكبد والجهاز الصفراوي (الجزء الثاني).

* الجراحة التجميلية لسرطان الثدي.

* الإعجاز في خلق الإنسان... ومقالات أخرى متنوعة.



المجلد2 ، العدد3
نوفمبر 1998

الحياة النفسية والقلب

Psychosomatic Life and the Heart

د. مصطفى ماهر عطري*

القلب هو العضو الوظيفي الأول في حياة الإنسان، خُلِق في غاية الدقة والإبداع والإعجاز الإلهي، وهو العضو الأكثر قدرة على إحداث الاضطرابات النفسية عند الإنسان حينما يكون مريضاً.

وإن أي خلل قد ينطلق من تلك المضخة الصامتة، يشعر به الشخص المصاب كإحساس ذاتي غريب، يستجيب له بطريقة شخصية خاصة ملؤها الخوف والارتباك العنيف، وسواء أكان هذا الخلل على شكل تسارع أو تباطؤ شديد في معدلات دقات القلب، أو حتى في أدنى صورة، وهو الشعور أحياناً ببعض ضربات القلب البريئة الانقباضية الخارجة: (Extra Systole)، إن ذلك الإحساس يكون مؤلماً في باديء الأمر، ثم يتطور مع الزمن ليصبح بالضرورة مقلقاً ومزعجاً، ولتوضيح هذا الموقف، قد يتخيل المرء إن هذا المحرك الإنساني قد بدأ يفقد الدقة في برمجة تكوينه المبدع، وهو في بدايته لخلل كامل أو شبه كامل ربما يكون أكثر حدة، وبالتالي قد يتوقف عن العمل ويكون الموت نهاية حتمية لذلك وهكذا يبدأ الصراع الذاتي.

ومن المهم أن أشير أيضاً إلى أن بعض تلك الاضطرابات القلبية المحسوسة قد لا يكون سببها الأساسي القلب، ولكن هنالك أسباباً مرضية أخرى تساعد على ذلك، كخلل في وظيفة الغدة الدرقية، أو نقص بعض الأملاح المعدنية في الجسم، أو التدخين والإسراف في استهلاك المنبهات أو ارتفاع درجة الحرارة في الجسم والمخ. ويجب على المريض معرفتها ومناقشتها من خلال مساعدة طبية، لأن توضيح حقيقة هذا الأمر يهدئ من روعه، إن القلب عضو وحيد عظيم الشأن ولا يمكن استبداله، حتى أننا لا يمكننا أن نعتبر أن زراعة القلب على الرغم من النتائج المبهرة التي تحققت في ذلك المجال في السنوات الأخيرة يمكن أن يكون الترياق المنتظر.

* استشاري أمراض القلب والأوعية الدموية ، وعضو هيئة البورد العالمية والأوروبية لأبحاث القلب .

كـثـيـراً مـا يرمـز للقلب بأنه مـصـدر للحب الدائم من الناحيـة العـاطفيـة، كذلك يتصف القلب بالشـجاعـة أيضـاً، والقلب الشجاع هو الذي يواجه مصاعب الحياة بكل شجاعة ورباطة جأش وحكمة.

إن الخوف من الموت المفاجيء تحت تأثير وطأة الضغط النفسي المليء بالقلق من تأثير الاضطرابات القلبية، وهذا المحيط المشحون بالخوف على القلب من التوقف قد يضعف الرغبة الجنسية بصورة مباشرة أو غير مباشرة، كما صرح لي بعض المرضى الشبان، بالإضافة بأن حياتهم أضحت من خلال استمرار وجود أعراض أمراض القلب لديهم أحياناً، مثل الألم الصدري أو ضيق التنفس، أثناء أداء بعض واجباتهم اليومية المعتادة، ويطرح المريض المصاب سؤاله الحائر والمتصالب على نفسه، هل هو حقاً مريض بالقلب أم لا؟.. وإن كان فعلاً مريضاً به فما هي سبل النجاة للاطمئنان على قلبه وسلامة حياته.

الموقف العام للمرضى:

على الرغم من أمراض القلب المختلفة، فمريض القلب من الناحية النفسية لا يستطيع أن يقف بعيداً غير مبال نحو مرضه، أو حتى أنه لا يستطيع أن يهمل على الأقل مجرد التفكير به، فهو يعلم أهمية العلاج المعطى له، وإن أي اهمال لذلك قد يؤدي إلى مضاعفات خطيرة عاجلاً أم آجلاً، بل عليه أن يعرف أن أي إهمال للعلاج قد يؤدي به إلى الموت، ومن ناحية أخرى يعرف المريض أنه يجب عليه الاستمرار بالحياة بصورة طبيعية، وفق ما يقرره له طبيبه من خلال النقاش الودي والتفهم التام للمرضى، والعمل على الأخذ بما يقدمه له من نصائح وتوصيات، وبهذا يستطيع الطبيب المعالج أن يهدئ حال مريضه ويرسم له مستقبل حياته وأفضل طريق مناسب لعلاجه ونشاطه اليومي.

مواجهة مشاكل أمراض صمامات القلب المختلفة:

غالباً ما تكون هذه الأمراض مقبولة التحمل بصورة جيدة من جانب المرضى، خلال سنوات طويلة من حياتهم، وهذا يعني أنها تسمح لهم بحياة طبيعية من الناحية الاجتماعية والعملية، وفي كثير من الحالات لا ننصح المريض بممارسة الرياضة العنيفة مع الفرق الرياضية الأخرى، لأن ذلك قد يسبب له بعض الاضطرابات الوظيفية ولاسيما ضيق التنفس، وقد يبتعد المريض عنها بصورة تلقائية.

وحينما يتطور المرض، وتظهر الاضطرابات الوظيفية للقلب بصورة عنيفة مثل ظهور الوذمة الرئوية الحادة (Acute Pulmonary Edema)، كذلك في ظهور بعض اضطرابات النَظْم القلبية، وفي هذا الوضع سيحاط المريض بجو مليء بالقلق ويبعده عن الراحة النفسية، وخاصة إذا أصيب المريض لاحقاً بخلل بصمامه المعدني، الزائر الجديد في قلبه بعد التدخل الجراحي والذي أصبح الآن عاجزاً عن أداء مهمته.

إن اخضاع المريض للأدوية ووضعه تحت وطأة الطعام الخالي من الأملاح، قد يصعب الاستمرار بهذا الوضع لفترات طويلة، وخاصة عند المرضى صغار السن والشباب، ولاسيما عند إعطائهم مميعات الدم (الضرورية لصمامهم المعدني)، وإجبارهم على المراقبة الدورية لفحص الدم بصورة منتظمة، كل هذا يدفعهم مع الزمن إلى التوتر العصبي والقلق في حياتهم بصورة متزايدة يوماً بعد يوم، وفي كثير من الأحيان يعاني مريض القلب من صراعات نفسية بعد شهور من علاج ضعف عضلة قلبه وعودته للحياة الطبيعية، ورغبته في استمرار الحياة بدون دواء أو أية ملاحظة طبية أو حتى أي نظام علاجي طبي خاص.

جراحة صمامات القلب:

لقد أعطت الجراحة الحديثة الأمل من جديد لمرضى صمامات القلب، سواء من خلال تغيير الصمام المصاب نفسه، بآخر معدني أو بيولوجي أو من خلال توسيع الصمام المتضيق عن طريق القشطرة والبالون، أو حتى بصورة أكثر حداثة عن طريق ترميم الصمام نفسه أو أو عن زراعة صمام بشري آخر.

وفي فترة إعداد المريض للعملية، وخلال الفحوصات الطبية الضرورية من قسطرة وتصوير صدى القلب (Echocardiography) وفحوصات دم متكررة أو مناقشة المريض عن كيفية سبل تغيير الصمام أو توسيعه وإعطائه أحياناً حق الاختيار والمفاضلة، كل هذا يُدخل المريض في دوامة نفسية مغلقة ملؤها الخوف والقلق، ويعيش المريض ساعات طويلة، حرجة وقاسية، وخاصة بعد أن يصحو من التخدير ويشعر ويعاني من الألم من آثار التدخل الجراحي، ومع ذلك ينسى المريض ألمه ويزداد في أمله في الحياة من جديد، بعد ان اختار لقلبه صماماً معدنياً ليحل محل صمامه المريض، والذي بدأ يعمل كبندول ساعة لا يعرف الكلل أو الملل وبدون أي توقف.

وقد يكون صمامه هذا مسموع الحركة وخاصة وقت النوم، وهنا يدخل المريض في صراع نفسي من جديد ويسأل نفسه، ربما كان الوضع أفضل لو أن الصمام كان بيولوجياً (بدون صوت) ولكن عمله لا يزيد عن عشرة سنوات من الصمام المعدني الذي قد يستمر عمله إلى ثلاثين سنة... وهكذا تستمر المحاكاة النفسية أحياناً، إلى أن يؤمن المريض بواقع الأمر ويتعود عليه وتبقى عملية ترميم صمامات القلب في الوقت الحاضر الأمل المنتظر لحياة أفضل لهذا النوع من الأمراض، ومهما خفف العلاج الطبي بفضل التدخل الجراحي، لا يعني هذا عودة القلب لحالته الطبيعية السليمة، ولكن يعني أننا استطعنا أن نوقف من عملية تطور المرض، وستظل علاقة المريض مع طبيبه أبدية.. وطبيب القلب سيكون بكل تأكيد الصديق الوفي والأقرب للمريض، ويجب أن يمده دوماً بالنصائح والإرشادات عن طرق ووقاية وحماية هذا الصمام من خلال بعض الفحوصات الطبية أو المخبرية بصورة دورية ومنتظمة حرصاً على سلامته.

* المشاكل النفسية الموضوعة أمام أمراض نقص التروية التاجية:

إن الخوف من الإصابة بأمراض تصلب شرايين القلب التاجية المؤدية إلى نقص التروية القلبية، بالإضافة لسماع أخبار تلك الأمراض أو وفاة بعض الأقرباء أو الأصدقاء كنتيجة لها، كل هذا يخلق جواً غائماً بالخوف والقلق، خاصة عند الأشخاص الذين تجاوزوا سن الأربعين وإن لم تعد أمراض تصلب الشرايين تقتصر على عمر معين، حيث نعيش في عصر ازدهار هذا المرض، عصراً مليئاً بالبطالة البدنية والتوتر العصبي وتلوث البيئة. إن الوقاية من هذه الأمراض أفضل بكثير جداً من العلاج، وللابتعاد عن شبح الإصابة بها يجب علينا العمل دائماً على الفحص الطبي السنوي، حتى من غير الشعور بأعراضها، وخاصة عند الأشخاص قليلي الحركة والعصبيين من طبيعة عملهم، كذلك عند الأشخاص أصحاب المهن الحرة والتي تتطلب جهوداً فكرية مميزة، كرؤساء الشركات أو المؤسسات الكبرى، أو عند النوع الأول من الرجال، والذين يكونون أكثر من غيرهم عرضة لهذه الأمراض، لأن الرجل منهم يتصف بكونه:

استحواذياً، طموحاً، محباً للمنافسة والسيطرة، حريصاً، غيوراً، متكبراً على نفسه وعلى غيره، عصبي المزاج أثناء العمل وفي أوقات الراحة، يسابق الوقت (الخوف من الموت)، غير راض عن نفسه ومنفعل خائف وغير مسرور، وبصورة عامة هؤلاء النوع من الرجال غالباً مايوجد عندهم تاريخ حافل داخل العائلة بأمراض القلب وتصلب الشرايين.

إن اللحظة الحرجة للطبيب أمام مريض قدم إليه للكشف الدوري، أو للإطمئنان على ألم صدري عابر حدث لأول مرة في حياته، وإذ هو يفاجئه بإصابته بالذبحة الصدرية، فتكون النتيجة مع الأسف بالنسبة لبعض المرضى ككارثة مخيفة تهز الأبدان، وواجب الطبيب في تلك اللحظة أن يوضّح لمريضه بابتسامة ملؤها الثقة بالنفس، بل وأن يهنئه للاكتشاف المبكر لمرضه، قبل أن تتأثر العضلة القلبية كنتيجة لانسداد أحد الشرايين التاجية المغذية لها، ولأن هذا المرض في مراحله الأولى يكون علاجه سهلاً جداً.

يجب على الطبيب أن يشرح لمريضه كيفية نشوء وعمل هذا المرض أولاً، دون أن يلفظ أي كلمة خطيرة تصدم المريض نفسه، وبصورة خاصة في حالة الإصابة بالجلطة القلبية الحادة. لأن المريض في الواقع ذكي وغير غافل عن تفسيرات الطبيب، وسيعرف لاحقاً بخطورة مرضه وسيعرف أكثر بأن الحياة ستستمر وهو هنا ليس إلا لمساعدته مع مرضه! وهكذا سيتلاشى القلق بصورة تدريجية ويتحول إلى أمل لبناء حياة إيجابية أفضل للمريض.

ومع الأسف قد لايكون هذا اللقاء والحوار بهذه الصورة دائماً، فبعض المرضى وخاصة هؤلاء الذين مات أباؤهم كنتيجة مضاعفات تلك الأمراض، لايريدون أن يسمعوا شيئاً عن التقدم الهائل في علاج وتشخيص تلك الأمراض، فيتوقفون عن العمل المعتاد، ويمتنعون عن ممارسة الرياضة والحياة الجنسية، ويغلقون الباب على أنفسهم، ويعيشون مع الأسف أشباه موتى وهم أحياء في حزن وألم وقلق دائم في انتظار قدرهم المحتوم.

أما القسم الآخر فيتفهمون هذا الموقف بموضوعية وعقلانية، ويواجهون مرضهم بإرادة صلبة وشجاعة نحو علاج أفضل بمساعدة طبيبهم.

الموقف أمام احتشاء عضلة القلب:

يجب على الطبيب أن يكون حازماً واثقاً من تشخيصه، دون أن يخلق جواً من القلق أمام المريض، الذي يجب أن يكون في تلك اللحظة الحرجة مرتاحاً في سرير العناية القلبية المركزة، وعلاج ملائكة الرحمة يجري في أوعيته كذلك يجب على الطبيب المعالج أن يبتعد عن ذكر كلمة الموت، حتى وإن كان بعض المرضى يحاولون معرفة نسبتها بعد الإصابة بهذا النوع من الأمراض، فأمل الحياة واقع والأعمار بيد الله، ولاأحد في هذه الدنيا يخشى الموت أو يخافه، مادام كل واحد منا يؤدي واجبه على خير مايرام بضمير وإخلاص لعمله، في مهنة إنسانية قبل أي شيء آخر. ويجب على أهل وأصدقاء المريض أن يبتعدوا عن خلق أي جو مشحون بالهزع والهلع وخاصة أمام سرير مريضهم أو المرضى الآخرين.

وتلعب وحدة العناية القلبية المركزة (CCU) دورين أساسيين في الحياة النفسية للمريض:

1- تضمن له الراحة النفسية والخلود للطمأنينة، لأن المريض يشعر باهتمام كافة أفراد الطاقم الطبي المعالج له، ولأنه يعرف مسبقاً بأن أية مضاعفات أو مشاكل قد تحدث له يمكن علاجها فوراً.

لأن المريض في بداية اصابته باحتشاء عضلة القلب (Myocardial Infarction) وقبل الدخول لوحدة العناية القلبية يشعر بالقلق يهز أوصاله ويخشى من الموت متخيلاً إياه بأنه يحوم حوله في أية لحظة.

2- كلمة «العناية المركزة» أو كلمة «الإنعاش» تعني بالنسبة لكثير من العامة وخاصة بالنسبة للمريض نفسه، بأنه أصبح على حافة الموت، وبصورة خاصة عندما يوضع وللوهلة الأولى أمام أجهزة المراقبة الإلكترونية الدائمة، بالإضافة للحركة الدؤوبة المنسقة لطاقم الأطباء والممرضات خلال الـ 24 ساعة وخاصة الأولى منها.

إن علاج الجلطة القلبية (احتشاء عضلة القلب) أصبح علاجاً ميسوراً وسهلاً، وخاصة إن كان التشخيص مبكراً، فبالإضافة لتطور أدوية إذابة الجلطة نفسها المتشكلة في أحد جدران الشرايين التاجية، تطورت أيضاً بصورة مذهلة عمليات القثطرة (Catheterization) وإعادة فتح الشريان المتضيق أو المغلق بالبالون والتي أصبحت تجري بسهولة ويسر، كذلك أصبحت عمليات القلب المفتوح وإعادة زرع شرايين جديدة بالشيء السهل بالإضافة بأن نسبة نجاح مثل هذه العمليات أصبحت عالية جداً.

وسواء كان العلاج طبياً أم جراحياً، لن يكون هذا العمل فيه المتعة بالنسبة للمريض، لأنه يستمر بالشعور في درجات القلق المختلفة خلال التحضير لإجرائه ولن يهدأ بال المريض إلا بعد الانتهاء من هذا العلاج، وكثيراً مايحتاج المريض إلى فترة قصيرة تحت الإشراف الطبي لإعادة تأهيله جسمياً ونفسياً بعد خروجه من المستشفى وهي بالنسبه له لحظة الأمل الحقيقية وإشراق شمس الحياة من جديد.

كافة أمراض القلب بمختلف طرق علاجها وتشخيصها لها تأثير نفسي على المريض سلباً كان أم إيجاباً، ويلعب الطبيب دوراً أساسياً في علاج ذلك، وأحياناً يصعب على طبيب القلب في علاج بعض المرضى فيلجأ إلى وصف بعض المهدئات النفسية الخفيفة، وفي أحوال نادرة جداً قد يستعين بأخذ رأي زميل له مختصاً بالأمراض النفسية، وذلك لعلاج بعض المرضى المرهفي الحس أصحاب العقد النفسية، والتي تتفاقم حالتهم أحياناً بعد الإصابة القلبية، فليس عيباً أن يعترف أي انسان لطبيبه بأن لديه عقدة معينة لم يكن له يد في وجودها ليساعده في إيجاد أفضل الحلول لها.

وعقدة مريض القلب النفسية هي الخوف من الموت، وهذا في واقع الأمر السبب الذي دفع به إلى اللجوء للطبيب، قال تعالى ﴿**إن الإنسان خلق هلوعاً**﴾ صدق الله العظيم.

ولفهم الحياة النفسية بشكل عام، والقلب بشكل خاص، لابد من العودة إلى أقوال الطبيب النمساوي «فرويد»، الذي وضع لنا تصوراً للنفس الإنسانية، على أنها تتكون من العقل الواعي الذي يتعامل مع حقائق الحياة ويخضع لسيطرتنا وإرادتنا، والعقل الباطن الذي يحتوي على أشياء كثيرة لانعلم عنها شيئاً في الأصول المعتادة منها الرغبات المكبوتة والانفعالات الداخلية وقوى تتصارع مع بعضها البعض بداخلنا.

كذلك يجب العودة إلى ماورد في القرآن الكريم من وصف وتحليل دقيق للكثير من خفايا النفس الإنسانية والعوامل الداخلية التي تتحكم في سلوك الناس وتصرفاتهم والتي يمكن أن نستعرض هنا بعضاً منها، مثل: هلوعاً، جزوعاً، منوعاً، قتوراً، ظلوماً، جهولاً، فخوراً، كفاراً. وغير ذلك مما يفسر لنا السلوك الإنساني في حالة الصحة والانحراف والمرضى.

ولاشك بأن التمسك بالإيمان القوي بالله تعالى له دور كبير في العلاج أيضاً، فهو يساعد الإنسان على الاحتفاظ بحالة من الاتزان النفسي خلال محنته مع أمراض القلب ويبعده عن شبح الصراعات النفسية المختلفة مما يجلب له الراحة والإطمئنان ﴿**ألا بذكر الله تطمئن القلوب**﴾ صدق الله العظيم.

وأخيراً يجب أن تكون علاقة المريض بطبيبه علاقة ملؤها الصدق والصراحة والوعي المتزن، ونظراً للتطور الهائل في أدوية وتشخيص وعلاج أمراض القلب، فإن أطباء القلب وجراحي اليوم يستطيعون أن يؤمّنوا لمرضاهم العودة السريعة لحياتهم الطبيعية بصورة ملائمة وهادئة.

بيلي ولاف
الموجز في ممارسة الجراحة

***** ***محتويات الكتاب***

يحتوي هذا الكتاب على ثلاثة وستين فصلاً، ويصدر باللغة العربية في أربعة أجزاء، كل جزء منها يتضمن المواد الطبية المتشابهة. يتضمن الجزء الأول مبادئ الجراحة، والجزء الثاني جراحة العظام والأعصاب، والجزء الثالث جراحة الرأس والعنق والغدد الصم والصدر والقلب، ويتضمن الجزء الرابع السبيل الهضمي والجهاز التناسلي البولي.

ويأمل مجمع اللغة العربية الأردني، بإصدار هذه الطبعة العربية الأولى لهذا المرجع المهم في الجراحة، أن يجد فيه المتخصصون والطلبة بخاصة والمهتمون بعلم الطب الجامعي بعامة النفع الكثير، كما نأمل أن يكون هذا العمل حافزاً لهم جميعاً للعمل على جعل اللغة العربية لغة العلم والبحث العلمي في العلوم الطبية والعلوم الطبيعية لتحتل هذه اللغة مكانتها اللائقة بها في مختلف الكليات العلمية في جامعاتنا العربية، وأن تكون لغة التدريس والبحث العلمي.

***** ***أهمية الكتاب***

جاء اختيار الكتاب لمكانته العلمية الرفيعة وانتشاره الواسع عالمياً وفي الوطن العربي. فقد صدرت أولى طبعات الكتاب عام 1932 وتوالت الطبعات بانتظام؛ وبعد وفاة مؤلفيه الأصليين تعاقب عليه نخبة من المحررين المرموقين حتى الطبعة الثانية والعشرين التي صدرت عام 1995. وترجم هذا الكتاب إلى لغات عديدة وهذه الطبعة التي نضعها بين أيديكم أحد المراجع الرئيسية في الجراحة على مستوى البكالوريوس والدراسات العليا الجامعية، وهو في الوقت نفسه مرجع جراحي مهم للطبيب الممارس العام والمتخصص.

***** ***ترجمة الكتاب***

حرصاً من المجتمع على تعريب التعليم الجامعي في جميع مستوياته ومؤسساته العلمية والتقنية ألف هيئة التحرير لهذا الكتاب من أربعة من أساتذة الطب المرموقين. ورأى أن يشترك في هذا العمل أكبر عدد من ذوي الاختصاص، فاختار ثلاثة وأربعين متخصصاً من المرموقين في اختصاصاتهم الجراحية في مختلف القطاعات الطبية في الأردن، ليقوموا بانجاز هذا العمل العلمي القومي النبيل، وأقبل الزملاء على هذا العمل بجد وحماسة. وجرت مراجعة المادة مراجعة علمية وفق المنهجية التي يتبعها المجمع فقابلت بين النصين العربي والإنجليزي، والتزمت، ما أمكن، باستعمال المصطلحات العلمية كما جاءت في المعجم الطبي الموحد، حرصاً على توحيد المصطلح الطبي العربي، واعتمدت هيئة التحرير العلمي أسلوباً سهلاً في عرض المادة. وحرصت أيضاً على وضع المصطلحات الأجنبية إلى جانب المصطلحات العربية في المتن. ومن ثم دفعت المادة المترجمة إلى المراجع اللغوي الذي ضبط سلامة اللغة العربية نحواً وإملاءً.

***** ***ميزات الطبعتين الأخيرتين***

احتفظت الطبعة الواحدة والعشرون من هذا الكتاب الشهير بمكانته العلمية من حيث هو مرجع علمي عالمي. وقد نال الكتاب الإعجاب الواسع لتقديمه قواعد الممارسة الجراحية بمنهج مباشر موجز بإشراف جراحين خبراء متميزين في تخصصاتهم المختارة. وقد حافظت الطبعة الثانية والعشرون كذلك على المبادئ التي كانت وراء نجاح الطبعات السابقة وطورتها.

واستمر في الطبعة الثانية والعشرين التركيز على أهمية الملاحظات السريرية بجانب سرير المريض، والحاجة إلى إيجاد العلامات الجسدية الدقيقة للوصول إلى التشخيص الصحيح.

يطلب الكتاب من:

مجمع اللغة العربية الأردني

ص.ب: 13268 عمان ـ الأردن

تعريب الطب
المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية

المجلد2 ، العدد3
نوفمبر 1998

دور الأخصائي النفسي مع الطبيب النفسي في الفريق العلاجي

Role of Psychologist with Psychiatrist in the Psychotherapeutic Team

د. لطفي عبدالعزيز الشربيني*

*** مقدمة:**

كما أن الكثير من المعلومات الخاصة بالموضوعات النفسية بصفة عامة لايزال يحيط به الغموض، فإن دور الأخصائي النفسي أو الباحث النفسي (Psychologist) يظل أحد المناطق التي لايعرف عنها الكثير من الناس أي شئ، ولعل ذلك مادفعني إلى محاولة إلقاء الضوء على هذه المنطقة التي تتصل مباشرة

بالخدمات النفسية التي يتم تقديمها لقطاعات المجتمع ليس فقط من خلال المؤسسات التي تتخصص في العلاج أو الإرشاد النفسي، ولكن في مواقع متعددة في أي مكان يتواجد به تجمعات من الناس في مختلف الأعمار مثل أماكن العمل أو الدراسة أو غير ذلك. وفيما يلي سنقدم أولاً نبذة عن طبيعة الأمراض النفسية وانتشارها في المجتمع في عصرنا الحالي، ثم عرضاً لوسائل العلاج النفسي الحديث، وتحديداً لبعض المفاهيم الهامة فيما يتعلق بالموضوع، قبل أن ننتقل إلى الحديث عن فكرة الفريق العلاجي، والوضع المهني للأخصائي النفسي ومجالات عمله في مختلف المواقع.

*** طبيعة الأمراض النفسية:**

يختلف المرض النفسي عن غيره من الأمراض التقليدية في عدة اعتبارات أهمها الغموض الذي كان ولايزال يحيط بالاضطرابات النفسية، وقد أدى ذلك إلى كثير من المعتقدات غير الواقعية والأوهام التي تحيط بالأمراض النفسية مقارنة بغيرها من الأمراض الأخرى. ومن المعروف أن الاضطرابات النفسية هي تلك التي تنشأ نتيجة لخلل يصيب النفس أو العقل، وتبدو في صورة اضطرابات في الوظائف العقلية مثل التفكير والسلوك والوجدان. ومن المفترض أن الطب النفسي (Psychiatry) هو التخصص الذي يهتم بهذه الحالات، أما بقية الفروع والتخصصات

* استشاري الطب النفسي - الإسكندرية - جمهورية مصر العربية .



الطبية الأخرى فإنها تهتم بالخلل الذي يصيب أعضاء الجسم ووظائفه المختلفة.

ورغم أن الطب النفسي الحديث قد نشأ وتطور على مدى عدة عقود خلال القرن الحالى على عكس العلوم الطبية الأخرى ذات التاريخ الطويل المدون والتي تقدمت على مدى قرون طويلة، غير أن تاريخ الاهتمام بالأمراض النفسية يرجع إلي عصور قديمة؛ حيث تحدث «أبقراط» (350 ق.م) عن علاقة النفس بالجسد، ومن برديات قدماء المصريين مثل بردية «إيبرس» (Ebers Papyrus) ورد وصف لبعض الاضطرابات النفسية وأساليب علاجها، ولقد تغير مع الوقت كثير من المفاهيم حول المرض النفسي وطرق التعامل مع المرضى النفسيين تبعاً للتطور وللمعلومات التي أضافتها الأبحاث التي نشطت مؤخراً لكشف غموض الأمراض النفسية، ويدل على ذلك تعديل تقسيم الأمراض النفسية وتحديد أنواعها عدة مرات على مدى النصف الثاني من القرن الحالي، وبعد أن كانت الأمراض النفسية تمثل مجموعة صغيرة من الأمراض، فقد تم حالياً وصف الخصائص المميزة والتشخيص والعلاج لما يقرب من 100 من الاضطرابات النفسية من خلال التصنيفات العالمية وأهمها التصنيف الدولي للأمراض - المراجعة العاشرة (ICD-10) International Classification of Diseases-10) والتي صدرت عن منظمة الصحة العالمية (WHO,1992)، والتقسيم الأمريكي للأمراض النفسية الذي صدرت المراجعة الرابعة منه مؤخراً (Diagnostic & Statistical Manual-IV) (DSM-IV) عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA,1994).

* العلاج النفسي الحديث:

شهدت أساليب العلاج تطوراً كبيراً على مدى السنوات الأخيرة، وعند إلقاء نظرة على تاريخ العلاج النفسي نجد أن العلاج كان يتم قديماً ببعض الوسائل التي لايزال بعضها مستخدماً حتى الآن، فقد كان العلاج في مصر القديمة يتم عن طريق الإيحاء بواسطة الكهنة مع اللجوء للترويح والموسيقى واستخدام الأعشاب، أما في العصور الوسطى فقد كان المرضى العقليين يعاملون بقسوة نظراً للإعتقاد بأن أرواحاً شريرة تتلبس أجسادهم، فكانوا يتعرضون للضرب والحرق والإغراق، وحديثاً بدأ إنشاء المصحات والمستشفيات العقلية، وتغيرت أساليب العلاج والتعامل مع المرضى النفسيين، وبدأ تطبيق أساليب العلاج النفسي واستخدام الأدوية الحديثة في العلاج مما انعكس على النتائج الإيجابية بارتفاع نسبة الشفاء من الأمراض النفسية في الوقت الحالي.

ويقوم العلاج النفسي الحديث على نظريات تستند إلى مبادئ التحليل النفسي (Psychoanalysis) مع التركيز على كل الأزمات النفسية وإعادة التوافق أو العلاج الاستعرافي (Cognitive) الذي يتعامل مع تفكير الشخص لمساعدته على التخلص من مشكلاته، والعلاج الذي يقوم على التفاعل بين الأشخاص (Interpersonal)، أو الاتجاه الانتقائي (Elective) الذي لايتبع مدرسة محددة بل يختار مايلائم الموقف من المدارس والنظريات المختلفة، ويقوم العلاج على تطبيق قواعد هامة فيما يتعلق بالعلاقة بين المعالج (Therapist) من أي تخصص سواء كان الطبيب النفسي أو الأخصائي النفسي أو غيره، وبين المريض الذي يخضع للعلاج وكثيراً مايوصف بالعميل (Client)، ويتم العلاج النفسي وفق خطوات مدروسة حسب طبيعة الحالات باستخدام أساليب ومهارات يتدرب على تطبيقها المعالجون النفسيون.

* اعتبارات عامة وبعض المفاهيم والتعريفات:

- يقوم على خدمات الصحة النفسية في الأنظمة الحديثة مجموعات متكاملة من تخصصات مختلفة يعمل أفرادها معاً في مؤسسات تقدم الرعاية النفسية من

خدمات الوقاية والعلاج والإرشاد والتأهيل، ونظراً للتداخل في الأدوار بين العاملين في هذا المجال فإننا نبدأ بتوضيح بعض المفاهيم والتعريفات، فقد ظلت مشكلة التحديد (Delineation) للأدوار المهنية للعاملين في مجال الصحة النفسية محل جدل وخلاف كانت ولاتزال له نتائج سلبية على خدمات الصحة النفسية.

- وفي البداية فإن مفهوم الطب النفسي (Psychiatry) قد أصبح محدداً على أنه أحد فروع الطب الذي يهتم بحالات الاضطراب والخلل الذي يصيب العقل والنفس، وإذا كان ذلك واضحاً إلى حد ما بالنسبة للمهنيين والأطباء، فإن التحديد ليس بنفس الوضوح بالنسبة للعامة من الناس بدليل أن الكثير من المرضى النفسيين لايذهبون للعلاج لدى الأطباء النفسيين بقدر مايذهبون إلى الأطباء من تخصصات الطب الأخرى، أو إلى الأطباء الشعبيين والمشعوذين.

- وعلم النفس (Psychology) هو أحد فروع العلوم الإنسانية ويبحث في الظواهر السلوكية، والشخصية والذكاء والذاكرة، وغير ذلك فيما يتعلق بالنفس الإنسانية، وتحت هذا العلم تخصصات مختلفة ومجالات عديدة.

- يقوم الطبيب النفسي (Psychiatrist) بالدور العلاجي باستخدام كل الوسائل الطبية والنفسية والأدوية والعلاج الكهربائي حسب تشخيص الحالات النفسية، أما الأخصائي النفسي (Psychologist) فإنه الذي يحمل التأهيل الدراسي والتدريب في مجال علم النفس، وكثيراً مايكون متخصصاً في فرع دقيق لعلم النفس مثل علم النفس السريري الذي يتعامل مع المشكلات النفسية والحالات المرضية ويسمى بالإخصائي النفسي السريري (Clinical Psychologist)

- تم الفصل بين تخصص الطب النفسي (Psychiatry) وقد ورد تعريفه، وبين تخصص الأمراض العصبية (Neurology) الذي يهتم بأمراض الجهاز العصبي العضوية مثل الشلل الحركي، النزيف الدماغي والأورام والصرع، ولامجال للخلط بين التخصصين كما يحدث بين العامة حين يصفون المرض النفسي بمرض «الأعصاب»، كما أن تخصص جراحة المخ والأعصاب (Neurosurgery) يهتم بالتدخل الجراحي لعلاج أمراض الجهاز العصبي ولا مجال للخلط بين مجالاته وبين مجالات الطب النفسي.

* الفريق العلاجي النفسي (Psychotherapeutic Team) :

مع التطور الذي شمل كل مجالات الممارسة العلاجية للاضطرابات النفسية، ومع ظهور المؤسسات الحديثة التي تقوم على تقديم خدمات الرعاية النفسية المتكاملة وتعمل في مجالات الوقاية، والعلاج النفسي، والإرشاد، والتأهيل، كانت هناك حاجة ماسة إلى التعاون بين أفراد من تخصصات مختلفة يقوم كل منهم بالتركيز على مجال محدد، وتتكامل جهودهم تحت هدف واحد هو تقديم المساعدة للحالات في صورة خدمة نفسية حديثة منظمة، ومن هنا نشأت فكرة الفريق العلاجي الذي يضم عدداً من المتخصصين في مجالات متعددة يتم التنسيق فيما بينها بحيث يتم توزيع الأدوار على كل من عناصر هذا الفريق. ويضم الفريق العلاجي الذي يقوم بتقديم خدمات الرعاية النفسية، الطبيب النفسي الذي يقوم بدور قيادة هذا الفريق في العادة ويتولى الواجبات الطبية بداية من التشخيص إلى خطة العلاج بالأدوية أو العلاج الكهربائي أو وسائل العلاج الأخرى بناء على الخبرة الطبية السريرية وخبرة التخصص في الطب النفسي، ومعه الأخصائي النفسي أو الباحث النفسي وعادة مايكون تخصصه الدقيق بعد الدراسة والتدريب في مجال علم النفس السريري مما يوفر له

خلفية ملائمة حول طبيعة الاضطرابات النفسية، ومهارات القياس النفسي، وطرق العلاج النفسي، وكذلك الأخصائي الاجتماعي الذي يقوم بتقصي الجوانب الاجتماعية والأسرية للحالات ويتابع أحوال المريض في المنزل والعمل خلال فترة العلاج والمتابعة، وقد ينضم إلى الفريق العلاجي عناصر أخرى مثل أفراد التمريض النفسي (Psychiatric Nurse)، أو المعالجين بالتأهيل (Occupational Therapists)، أو غيرهم.

وهناك أهمية خاصة للتعاون والتنسيق بين أفراد الفريق العلاجي للحصول على نتائج جيدة، ويتم ذلك من خلال توزيع الأدوار ومعرفة كل فرد في الفريق بدوره في عملية التشخيص والعلاج والمتابعة، كما يجب أن يتم ذلك من خلال تنظيم معروف يتم فيه إسناد مهام محددة في عملية الفحص والتعامل مع الحالات، وإعداد التقارير، والقيام بعمليات القياس والاختبارات، والإرشاد والتوجيه للمرضى وأقاربهم، ومتابعة الحالات في مراحل العلاج المختلفة وفق خطة يلتزم بها أفراد الفريق العلاجي.

* مجالات عمل الأخصائي النفسي:

نظراً لأن اهتمامنا الرئيسي يتجه إلى الممارسة المباشرة للخدمات النفسية من خلال المؤسسات التي تقوم بتقديم الخدمات العلاجية مثل المستشفيات والعيادات النفسية، فإن التركيز على دور الأخصائي النفسي السريري في الفريق العلاجي يحتل المقدمة في سلم الأولويات في هذا التقرير، وتعتبر المجالات التشخيصية والعلاجية للحالات النفسية من المناطق الهامة التي يقوم الأخصائي النفسي بدور أساسي يتطلبه تقديم خدمات متكاملة بأساليب حديثة، وفي مجال التشخيص فإن الأخصائي النفسي ينفرد بالتأهيل والتدريب على مهارة استخدام القياس النفسي (Psychometry)، وهو مجال هام يتم فيه استخدام أدوات واختبارات متعددة من أمثلتها المقاييس المستخدمة لتقدير نسبة الذكاء للصغار والكبار، والتي يتم من خلالها الحصول على معلومات كمية ونوعية لها أهمية خاصة في وضع بعض الحالات في فئات تشخيصية، ويتحدد على أساسها الأساليب الملائمة للتعامل معها، وبعض الحالات يتم إعادة وضعها في المكان الملائم بناء على تشخيص قياس الذكاء وتحديد مسارها في التعليم والتدريب والعمل.

وتسهم الاختبارات النفسية عند استخدامها في الممارسة السريرية أيضاً - بالإضافة إلى المساعدة على الوصول إلى التشخيص الدقيق لبعض الحالات - في التحديد الكمي والكيفي لشدة الأعراض، ويفيد ذلك في متابعة بعض الحالات ورصد التغيرات التي تطرأ عليها خلال فترة العلاج وبعدها، ومثال ذلك مقاييس القلق والإكتئاب والوساوس والفصام، وأعراض بعض الاضطرابات النفسية التي يمكن من خلالها متابعة تقديم الحالات وتحديد استجابتها للعلاج، ويتم ذلك بصورة روتينية في المراكز الحديثة للعلاج النفسي بالإضافة إلى أهمية استخدام هذه المقاييس على نطاق واسع عند إجراء الأبحاث النفسية سواء بغرض المسح (Screening)، أو التشخيص (Diagnosis)، أو التنبؤ بالحالة المرضية (Prognosis) لبعض الحالات النفسية.

وفي المجال العلاجي، يقوم الأخصائي النفسي من خلال الفريق بواجبات علاجية متعددة من واقع تأهيله وتدريبه على تطبيق أساليب العلاج النفسي (Psychotherapy)، ويتم ذلك بطرق متعددة للعلاج الفردي (Individual)، أو العلاج الجماعي (Group therapy) حيث يقود أو يساعد في قيادة مجموعة من الحالات يتم علاجها معاً في جلسات جماعية، ومن الأساليب التي يتم تطبيقها حالياً، يمكن للأخصائي النفسي التدريب وأحياناً التخصص تماماً - في أي من أسلوب العلاج السلوكي (Behavior therapy)، وعلاج الأسرة (Family therapy)، وعلاج الزوجية (Conjoint Couple therapy) أو العلاج الزواجي (Marital

(therapy، وغيرها من الأساليب التي يحتاج تطبيقها إلى مهارات خاصة. ويمكن للأخصائي النفسي التدريب على استخدامها وتطبيقها أسلوب العلاج بالاسترخاء (Relaxation therapy)، والعلاج الاستعرافي (Cognitive therapy). والعلاج النفسي المخطط المختصر (Planned brief psychotherapy)، ويتم ذلك في العادة من خلال خطة للعلاج يتم وضعها بواسطة الفريق العلاجي ويقوم كل من أفراده بدور محدد بداية من التشخيص إلى تنفيذ العلاج والمتابعة.

ومن خلال الممارسة في مجال الطب النفسي فقد قمنا بتطبيق أسلوب علاجي يتم فيه نوع من التعاون والتنسيق بين الطب النفسي والأخصائي النفسي لحل بعض المشكلات الزواجية حيث يتم مناظرة كلاً من طرفي الزواج في نفس الوقت بواسطة واحد من المعالجين منفرداً، وبعد ذلك يتم عقد جلسة رباعية تضم كلا المعالجين-الطبيب النفسي والأخصائي النفسي ـ وكل من طرفي المشكلة وهما الزوج والزوجة، ويعرف هذا الأسلوب بالجلسات الرباعية (Four-way session)، وقد ثبت من هذا التطبيق أنه عملي ويؤدي إلى نتائج جيدة.

* الوضع المهني للأخصائي النفسي:

من خلال الواقع العملي، ومن خلال المتابعة ومحاولة دراسة الوضع الحالي بالنسبة للأخصائيين النفسيين وظروفهم المهنية فإن هناك انطباعاً تؤيده الملاحظة والإحصائيات بأن هناك الكثير من الصعوبات والعوامل غير المواتية بالنسبة للعمل في هذا التخصص كمهنة في الكثير من البلاد العربية، ومن خلال العمل في المجال النفسي في مصر والكويت وبلدان في المنطقة وفي الدول الأوروبية فإن الفارق لايزال كبيراً بين الشرق والغرب من حيث مسألة التحديد (Delineation) لمهنة الأخصائي النفسي والذي يمكن أن نزعم أنه لم يتم حتى الآن بشكل مقبول في بلادنا بينما استقر منذ وقت طويل في الدول الغربية.

ومن خلال الدراسات التي اهتمت بالوضع المهني للأخصائي النفسي، فإنه رغم تزايد الوعي بهذا الدور وتواجد أعداد من الأخصائيين النفسيين في المؤسسات التي تقدم خدمات الطب النفسي، إلا أن عدم الفهم للدور المطلوب من الأخصائي النفسي يظل حقيقة قائمة، وعدم قيام التعاون بين الأخصائي النفسي وغيره من العاملين في نفس المجال هو نتيجة مباشرة لأن الكثير من الإداريين لايفهمون المقصود بهذا المسمى، ولايعرفون على وجه التحديد ماهو عمله، وبعضهم يخلط بينه وبين الأخصائي الاجتماعي، أو بينه وبين الطبيب النفسي، ونتيجة لذلك يشكو الكثير من الأخصائيين النفسيين في مواقع مختلفة بينها مستشفيات كبرى للطب النفسي من مشكلة عدم الفهم لوضعهم المهني وهل هم من الفنيين كالأطباء أم من الإداريين كغيرهم من الموظفين، والغريب أن البعض منهم يوكل إليه أعمال بعيدة تماماً عن تخصصه ويعامل كأحد الموظفين الإداريين. وبالنسبة للأخصائيين النفسيين الذين يعملون في مجالات أخرى كان من الأمور الإيجابية الاتجاه الحالي إلى وجود أخصائي نفسي في كل مدرسة من مدارس التعليم العام بعد أن اقتصر وجودهم لوقت طويل على مدارس التربية الخاصة، ومراكز التأهيل المهني، كما أن هناك اتجاهاً لإلحاقهم بالمكاتب التي تقوم بفحص القوى العاملة للقيام باختبارات للمتقدمين للأعمال المختلفة، مع التوسع في طلب الأخصائيين النفسيين لمراكز التأهيل والإرشاد النفسي. ومن الصعوبات التي تواجه الأخصائيين النفسيين بالإضافة إلى عدم الفهم لمسمى هذه الوظيفة أو المهنة، أنه لايوجد كادر وظيفي خاص بهم، ولاتوصيف للأعمال التي يقومون بها أو قواعد للمهنة (Code of ethics) على غرار التنظيم المعمول به في بريطانيا مثلاً،

ويتم تشتيت جهودهم من خلال التداخل بين عملهم وبين المهن الأخرى، إضافة إلى مشكلات نقص إمكانيات التدريب والتأهيل لهم، وعدم توفر المقاييس، وافتقارهم إلى السجلات والبيانات حيث لايكون للأخصائي النفسي في عمله مكان خاص ملائم بعيد عن الضوضاء وعيون الآخرين ليمارس فيه عمله بحرية.

* الاستنتاج والتوصيات:

في ختام هذه المقالة التي قمنا فيها بعرض مقدمة نظرية حول طبيعة الأمراض النفسية والعلاج النفسي الحديث، والتعريف ببعض المفاهيم والاعتبارات العامة، ثم فكرة الفريق العلاجي ومجالات عمل الأخصائي النفسي والوضع المهني له، فإن انطباعاً قد تكوّن لدينا من خلال ذلك بأهمية الدور الذي يمكن أن يقوم به الأخصائي النفسي في الفريق العلاجي، وتعدد المحاولات التي يمكن أن يتم الاستفادة بجهود الأخصائي النفسي حين تتوفر الظروف الملائمة ويتم تنظيم وتحديد للمهنة بالنسبة للأخصائيين النفسيين بصورة أفضل من الوضع الحالي.

ـ وهنا نوصي بما يلي:

- الاهتمام بتحديث الخدمات النفسية بصفة عامة، مع التركيز على دور الفريق العلاجي بكل أفراده، والتوسع في هذا الاتجاه مع الاهتمام بالأخصائي النفسي كأحد أعضاء هذا الفريق.
- تحقيق التعاون والتنسيق والتفاهم بين الأخصائي النفسي وبقية عناصر الفريق العلاجي، وبينه وبين بقية من يعملون معه في مؤسسات الرعاية النفسية المختلفة.
- التحديد (Delineation) الدقيق لما يقوم به الأخصائي النفسي كمهنة (Profession) لها قواعدها، مع العمل على وضع وتحديد هذه القواعد بصورة واضحة.
- الاهتمام بالإعداد والتدريب والتأهيل الجيد للأخصائي النفسي حتى يتمكن من القيام بدوره في مختلف المواقع، والحرص على الدورات التدريبية المستمرة.
- إعداد كوادر تقوم بالخدمة النفسية بأعداد كافية، وتوزيعهم على مختلف الأماكن، وتذليل الصعوبات التي تواجه الأخصائيين النفسيين وتعوقهم عن أداء عملهم.
- الاهتمام بالتوعية النفسية للجميع بدور الأخصائي النفسي وبقية العاملين في مجال الخدمات النفسية بصفة عامة لتحقيق التعاون والفهم لدور الخدمات النفسية الحديثة في المجتمع.

* Bibliography:

ـ الجمعية المصرية للدراسات النفسية (1987). الوضع المهني للأخصائي النفسي في في مصر. ندوة بالمؤتمر الثالث لعلم النفس بالقاهرة ـ يناير 1987.

ـ حامد زهران، فوزي إلياس (1989). الأخصائي النفسي بوزارة التربية والتعليم.

الكتاب السنوي في علم النفس: الجمعية المصرية للدراسات النفسية ـ مجلد 6-1989.

ـ كمال دسوقي (1989). علم النفس يتخطى البارادييمة. الكتاب السنوي في علم النفس: الجمعية المصرية للدراسات النفسية ـ مجلد ـ 1989.

ـ لطفي الشربيني 1995. تأثير العوامل الثقافية والإجتماعية على الأمراض النفسية في البيئية العربية. مجلة الثقافة النفسية ـ العدد 24-1995.

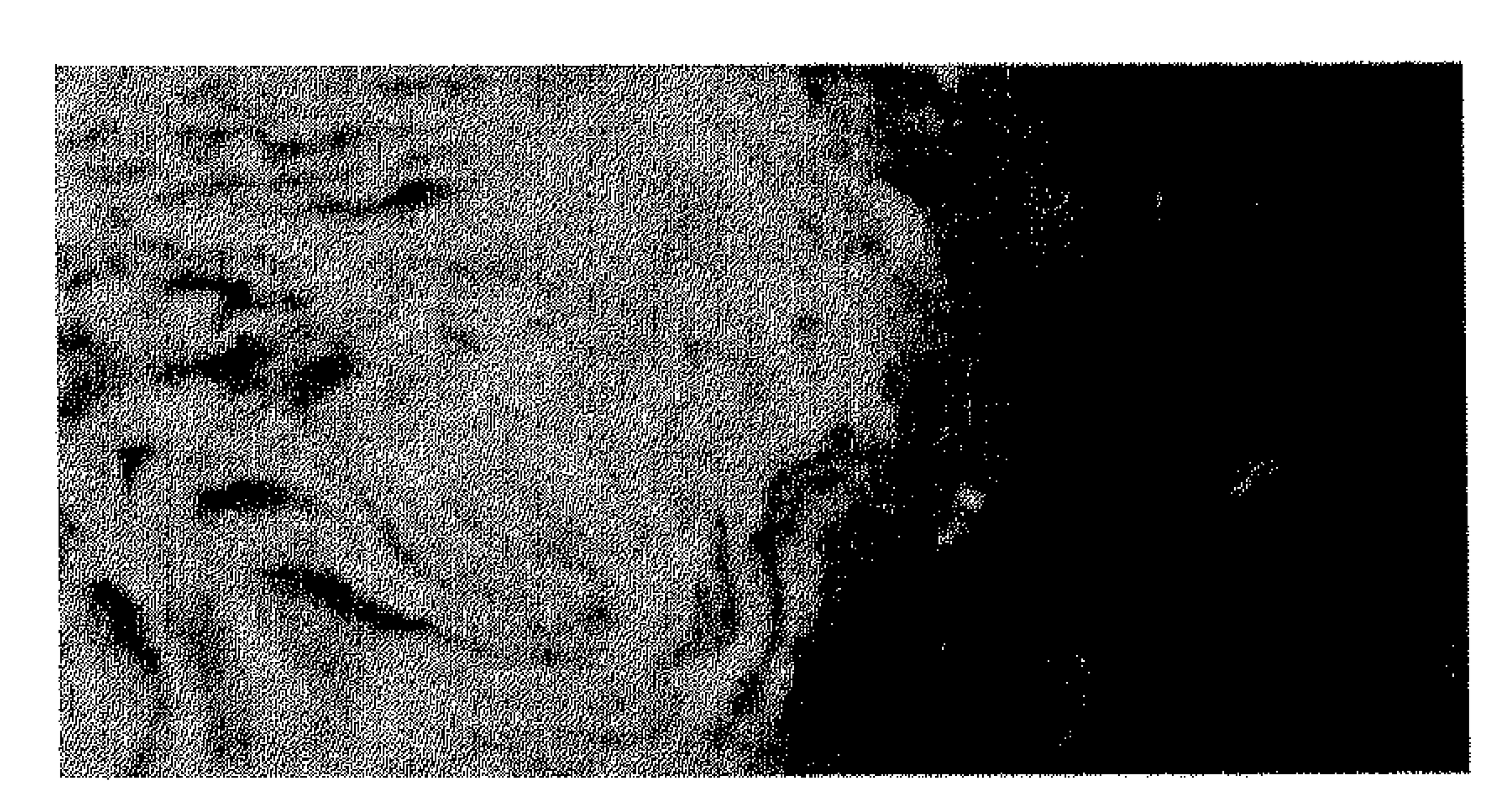
ـ لطفي الشربيني 1996. وصمة المرض النفسي في البيئة العربية. ورقة مقدمة إلى مؤتمر الجمعية العالمية الإسلامية للصحة النفسية ـ لبنان 1996.

- *Al-Sherbiny LA (1996). Psychiatry in Arab Culture. A paper presented in the 7th Pan Arab Congress of Psychiatry, Lebanon, 1996.*
- *Burt VK et al (1992). Outpatient management teams: Integrating educational and administrative tasks, Acad Psychiatry; 16:24-8.*

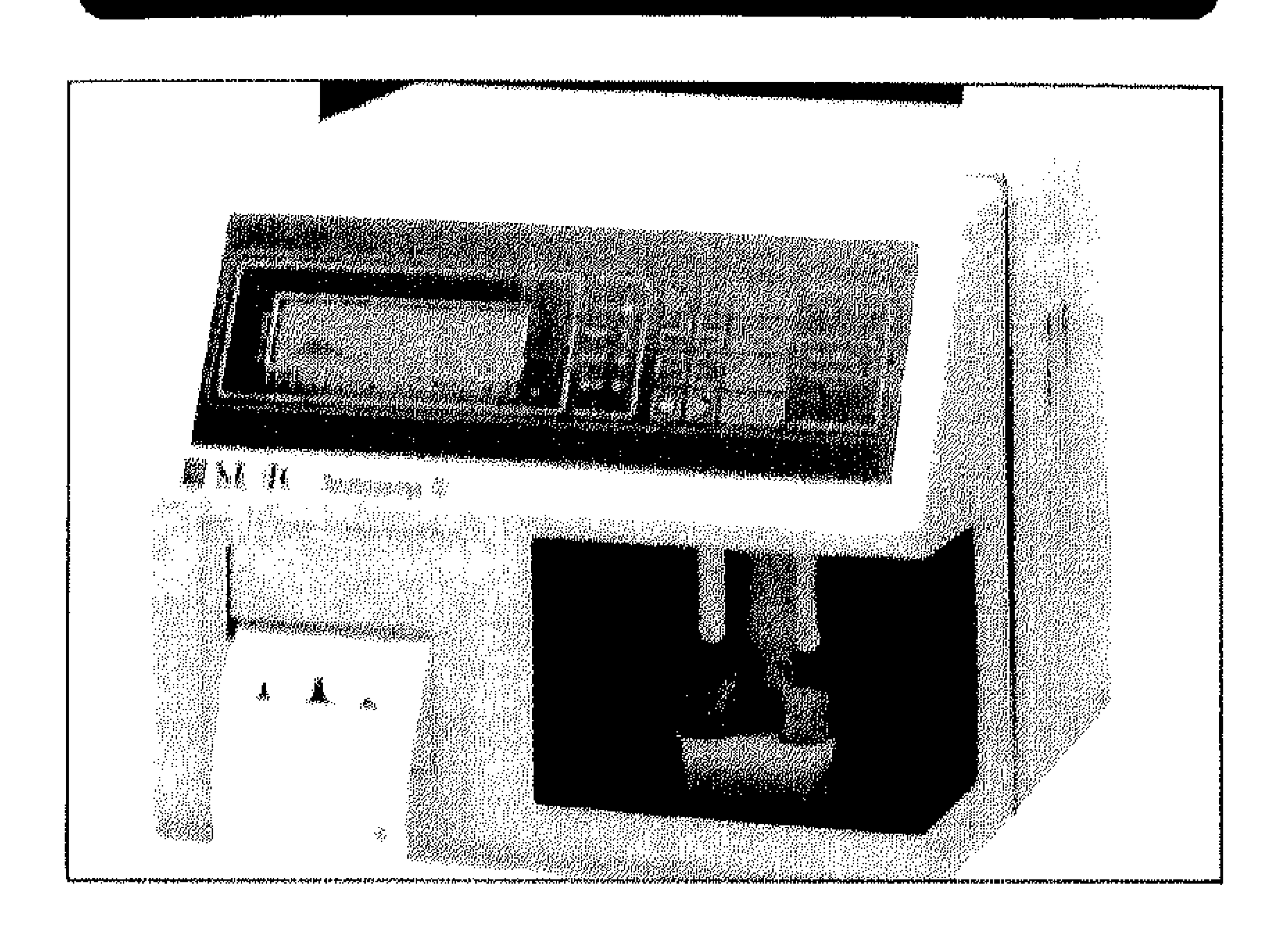
يعنى هذا الباب بنشر المعلومات عن الأجهزة الطبية والتشخيصية الحديثة، وكذلك عن أحدث الاكتشافات الطبية

اكتشاف الأضداد المضادة للكيراتين

يحمل مصل (Serum) من 50-70 بالمائة من مرضى التهاب المفاصل الروماتويدي (Rheumatoid Arthritis)، أضداد الكيراتين من نوع الجلوبلين المناعي IgG، ويتناسب عيار (Titer) هذه الأضداد مع معدل نشاط المرض، كما يرتبط ارتباطا وثيقا بوخامة المرض (Severity) وقد أنتجت شركة Inova Diagnostics, Inc. الأمريكية عتيدة (Kit) جديدة تعتمد على اكتشاف هذه الأضداد (Antibodies) من خلال تقنية التلوين النوعي للطبقة المتقرنة (*Stratum Corneum*) من مريء الجرذان، مما يساعد في تحديد الأضداد المضادة للكيراتين (AKA) في مصل مرضى التهاب المفاصل الروماتويدي. تمكن العتيدة الجديدة المختبر من الحصول على الحد الأقصى من الحساسية والمناوعة (Specificity) السريرية، وذلك بالجمع بين اختبارات الأضداد AKA، وبين الطرق التقليدية للتشخيص، والتي تعتمد على اكتشاف الجلوبلين المناعي RF IgM.



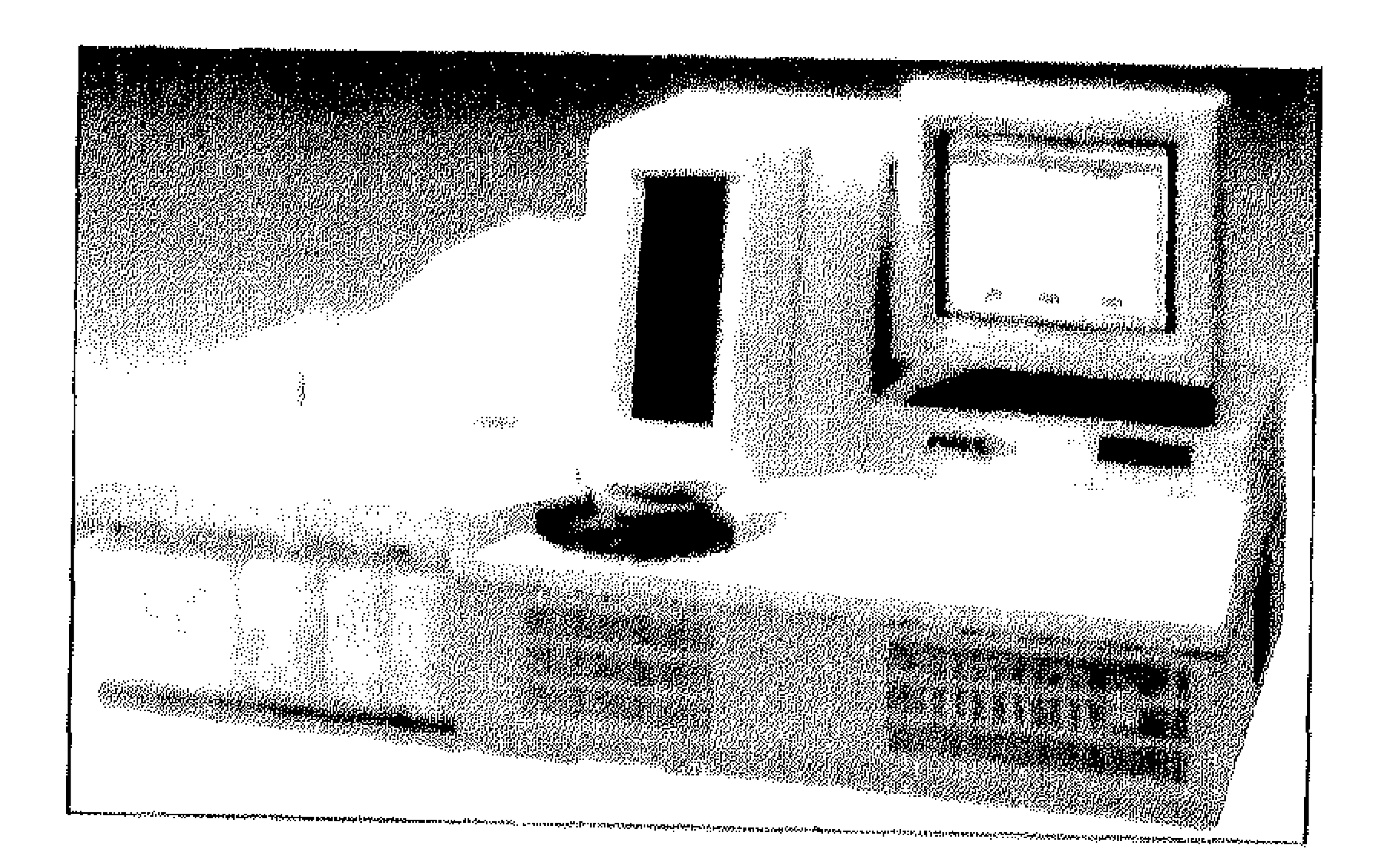
جهاز نصف آلي لعد الخلايا



صمم الجهاز Hemacomp 10، والذي تنتجه شركة SEAC الإيطالية، ليعمل كنظام نصف آلي (Semi-automatic) موثوق به ودقيق، بالإضافة إلى فاعليته بالنسبة لتكلفته، يمكنه قياس حتى 13 متثابتة (Parameter) مختلفة. ولا يحتاج النظام سوى لكمية من الدم مقدارها 20 ميكرولتر، حيث يزود الجهاز بشعيرات (Capillaries) مزدوجة، كما يتيح قراءة متزامنة لكل من عد كريات الدم الحمراء (RBCs)، والبيضاء (WBCs)، والصفيحات الدموية (Platelets). وتتم طباعة النتائج - بما فيها تمثيلات خطية (Graphic Representations) لعد الكريات الحمراء، والبيضاء، والصفيحات، بواسطة الطابعة المبيتة في الجهاز (Built-in). وتزيد طاقة عمل الجهاز عن 80 عينة.

نظام آلي لبنوك الدم

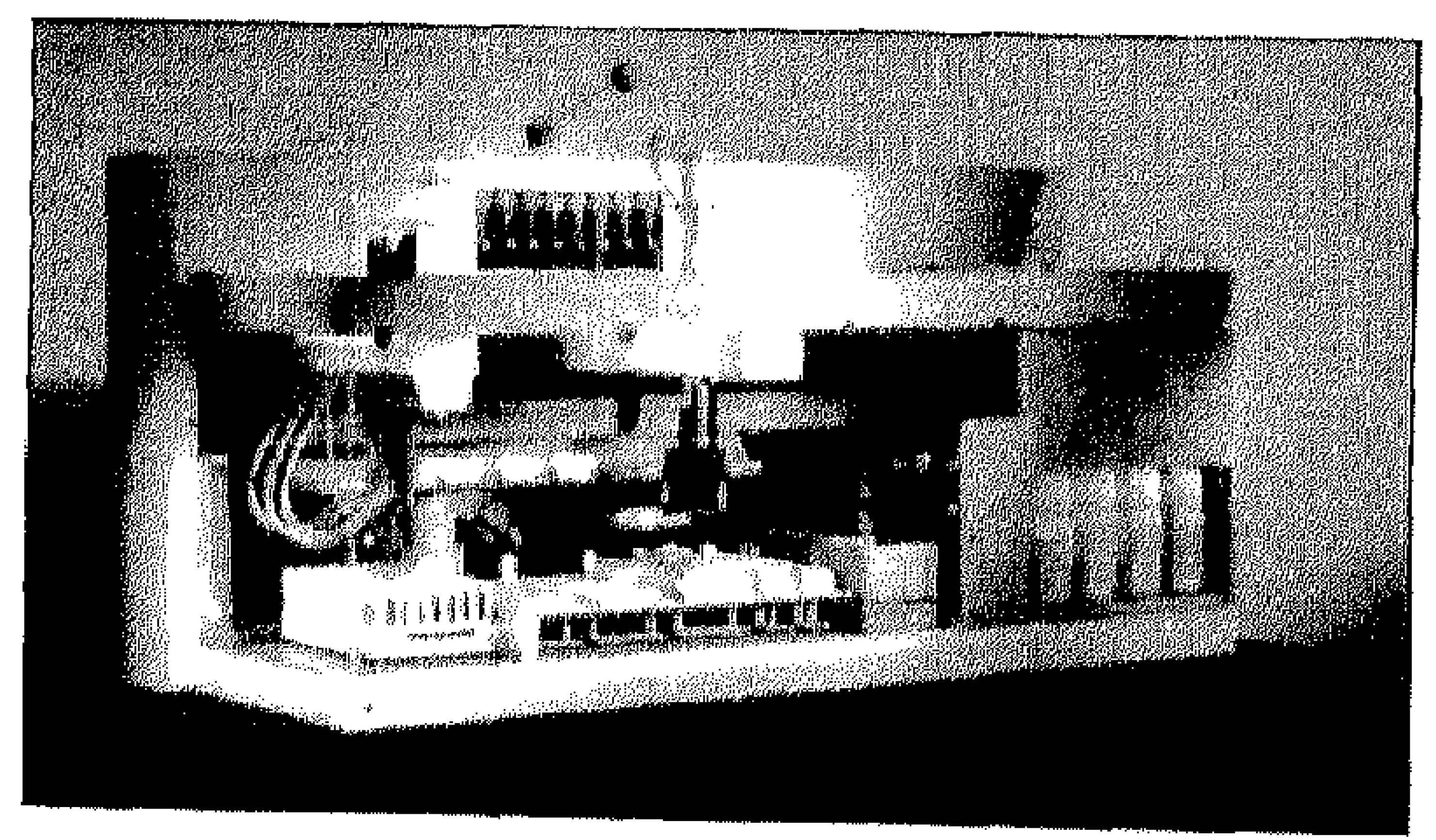
صمم النظام ABS 2000، والذي تنتجه شركة (Immucor Inc.) الأمريكية، بحيث يساعد في أتمتة (Automation) عمليات التحري المجهدة للأضداد الموجودة في دماء المرضى، ولتحديد فصائل الدم من الزمرABO



أو Rh. ويمثل الجهاز الجديد نظاما آليا تماما يعتمد عددا من الاختبارات القياسية المعتمدة في بنوك الدم، منها التراص الدموي (Hemagglutination)، كما يحتوي على أشرطة يمكن إعادة استخدامها لتحديد فصائل الدم، كما تتيح المنبذة (Centrifuge) الآلية، إمكانية التعامل مع الجهاز عن بُعد. ويتم التحكم في النظام بالكامل بواسطة الحاسوب، والذي يزود ببرامجيات (Software) متطورة تزيل الشخصانية (Subjectivity) في تفسير النتائج بصورة كاملة، كما يحدد على الفور وجود عدم توافق في عينة الدم المختبرة للتبرع.

معالج ربوطي لتشخيص الأمراض المُعدية

من الممكن أن تؤدي أتمتة اختبارات الإليزا (المقايسة الامتصاصية المناعية للإنزيم المرتبط ELISA) للأمراض المُعدية، مثل العدوى بفيروس العوز المناعي البشري (HIV)، أو الفيروس المضخم للخلايا (CMV)، والحصبة الألمانية (Rubella)، أن تقلل من خطر التلوث (Contamination) نتيجة لتداول العينات المحتملة الإصابة بهذه الأمراض المعدية من قبل العاملين في المختبر. ويعد جهاز Genesis الذي تنتجه شركة Tecan AG السويسرية، مثالا للمعالج الربوطي المتكامل ذي الصفائح المكروية (Robotic Microplate Processor; RMP)، والذي يحتوي على آلة لغسل الصفائح، وقارئ للصفائح المكروية، وذراع للمناولة الربوطية (Robotic Manipulation)، ويعمل الجهاز بحيث أنه بمجرد تحميل العينة بداخله، تنعدم الحاجة



لتحريك الأنابيب أو لتناول الصفائح. ويقلل خطر التلوث أيضا باستخدام ذروة نبوذة (Disposable Tip) مغمورة في الكربون، وذلك لتقليل خطر انبعاث أبخرة خطرة.

جهاز لتنظير البوقين خلال عنق الرحم

من أجل توسيع حقل تنظير البطن النسائي (Gynecological Endoscopy). صمم تنظير البوقين (Falloposcopy)، بحيث يستكشف كامل السطح التجويفي (Luminal) للبوق (قناة فالوب)، من فوهة البوق (Ostium) إلى الخَمْل (Fimbriae). تجرى العملية عادة تحت التخدير العام، بالإضافة إلى تحكم بتنظير البطن (Endoscopic Control) لزيادة معدلات الأمان، كما تنفذ في خطوتين، إقناء البوق خلال عنق الرحم (Transcervical

Tubal Cannulation) ورؤية داخل التجويف بتنظير البطن المكروي (Microendoscopic Endoluminal Visualization).. هناك ثلاثة مقاربات، يمكن اعتبارها مكملة بدلا من منافسة، يمكن استخدامها لتنفيذ هذا الفحص.

*** المقاربة خلال تنظير الرحم**

(Transhysteroscopic Approach)

تستخدم هذه المقاربة منظار الرحم المرن في توجيه إقناء البوق؛ يتم الحصول على الانتفاخ المطلوب في التجويف الرحمي إما بواسطة حقن محلول الجليسين، أو نفخ ثاني أكسيد الكربون (CO_2 Insufflation). يوجه الرأس المرن لمنظار الرحم إلى فوهة البوق، وبعد ذلك يتم إمرار سلك دليلي (Guide wire) معدني رقيق موجود بداخل قثطرة بوقية. وبمجرد ضمان مرور القثطرة في المكان الصحيح، يسحب السلك الدليلي ويستبدل بمنظار البوق.

*** الإقناء الموجه بالانطباع اللمسي**

(Tactile Impression)

لاستعمال هذه التقنية، يقوم الجراح بإدخال مقدم (Introducer) أولا في التجويف الرحمي، بدون أي توسيع لعنق الرحم. وعند ملامسة الذروة لقبو الرحم (Uterine fundus)، تتم إزالة المرود (Stylet)، ويتم دفع المقدم وتوجيهه نحو القرنين(Cornua) وعند وجود المقدم في المكان الصحيح، يزال المرود بالكامل ويستبدل بالسلك الدليلي. وباعتماد التوجيه بالانطباع اللمسي، تدفع القثطرة البوقية فوق السلك الدليلي، والذي يستبدل تباعا بمنظار البوق.

*** الإقناء الموجه بالمنظار المكروي المتماحر**

(Coaxial Miniscope)

في هذا المقاربة، يستعمل الإقناء البوقي نفس المواد المستخدمة في الطريقة السابقة، لكن الطريقة تختلف من حيث استعمال التحكم المتزامن بمنظار الرحم، وذلك لتحديد الموقع الصحيح لذروة المقدم والإقناء البوقي؛ يؤدى تنظير الرحم باستعمال منظار الرحم المكروي المتماحر شبه الصلب (Semi-rigid Coaxial Minihysteroscope)، والذي يبلغ قطره الخارجي 1.2 مليمتر، كما يزود بإمكانية نفخ ثان أكسيد الكربون.

ومهما كانت طريقة إقناء فوهة البوق، فقد تكمن صعوبة الإجراء في توصيل القثطرة البوقية ومنظار البوق حتى الخَمَل، وذلك بسبب وجود بوق ملتو أو مسدود. ولهذا السبب،تجرى محاولة الاستكشاف بمنظار البوق تحت التحكم المتزامن بتنظير البطن، مع تشريح الالتصاقات بمنظار البطن. ويمكن رؤية التجويف البوقي خلال الانسحاب البطيء والمشترك للقثطرة ومنظار البوق.

والجدير بالذكر أن هذه المناظير من إنتاج الشركة الألمانية Karl Stroz GmbH & Co.

نظام للفيديو الرقمي

يستخدم نظام Direct Digital، والذي تنتجه الشركة الأمريكية Envision Medical Corp.، عمليات المعالجة الرقمية المتطورة المصممة خصيصا للفحص المجهري وتنظير البطن، مما يعطي نسخا حقيقيا للألوان، وصورا عالية الوضوح. وبتقنية تعزيز الصور المبيتة في الجهاز، يوفر

النظام تفاصيل بصرية واضحة لتحسين رؤية وفصل الصور. وبالإضافة إلى ذلك، يتيح النظام تقنية الرأس الذكي (Smart Head)، بحيث يمكنه التوافق مع عدد من الرؤوس المختلفة لآلات التصوير، بحيث يمكن تركيبها بصورة تبادلية مع وحدة التحكم. وتقوم وحدة التحكم بالتعرف على رأس الكاميرا المستخدم، مثل CCD أو PAL أو NTSC، إلخ. مما يتيح قدر أكبر من حرية الحركة بالنسبة للمستخدم.

صناعة العضلات من نقي (نخاع) العظم؟

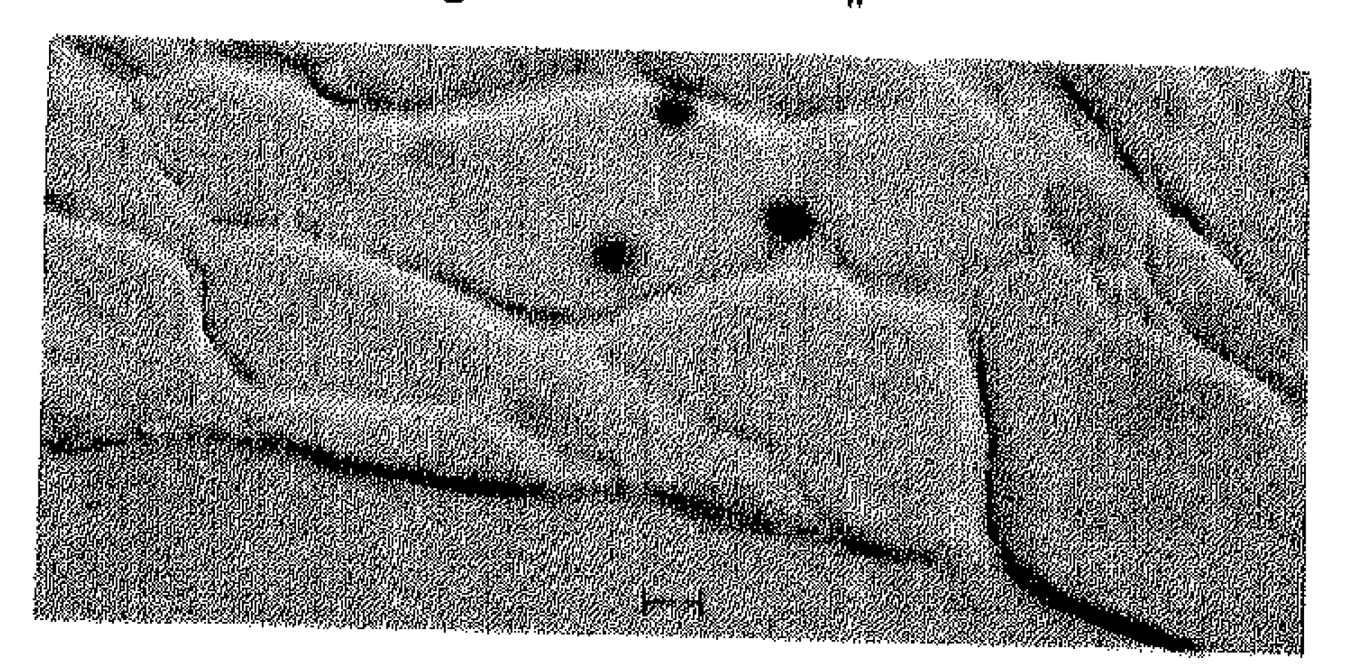
لقد بزغ أول شعاع للأمل، بالنسبة لضحايا الإصابات الرضحية ومرض الحثل العضلي (Muscular Dystrophy)، في أن تتمكن أجسامهم في يوم من الأيام من بناء عضلات هيكلية جديدة. فقد اكتشف الباحثون الإيطاليون أن نقي العظام في الفئران يحتوي على مجموعة من الخلايا الجذعية البدئية (Primitive Stem Cells) المتخصصة في صناعة عضلات جديدة.

وقد ذكر التقرير الصادر عن معهد (Raffaele-telethon) للمعالجة الجينية في مدينة ميلانو، أن تلك الخلايا الرائعة تنتخب من بين خلايا النسيج الرخو (Soft Tissue) لنقي العظم، ثم تنتقل عبر الدوران الدموي إلى مواقع الإصابة أو الأمراض العضلية، ومن ثم تعبر حاجز الوعاء الدموي بصورة ذكية، ثم تقوم بإعادة بناء الخلايا العضلية (Myocytes).

من المعروف منذ زمن بعيد أن نقي العظم يحتوي على الخلايا المكونة للدم (Hematopoietic Cells)، أي تلك الخلايا الطليعية المتعددة الفاعلية (Pluripotential Precursors) التي تتحول إلى الأنواع المختلفة لكريات الدم الحمراء والبيضاء. ولذلك تجرى عمليات غرس (Transplantation) نقي العظم لإعادة تنشيط الجهاز المناعي المقوض في المرضى الشديدي الاعتلال. وقد اكتشف العلماء مؤخرا أنه يمكن زراعة بعض الخلايا النقوية تحت بيئات مختبرية خاصة، ومن ثم يمكنها التحول إلى خلايا عظمية، أو غضروفية، أو شحمية، أو عضلية. وعلى أية حال، فلم يمكن إثبات أن الخلايا النقوية يمكنها صناعة هذه الخلايا داخل الجسم الحي.

وقد شهد فريق البحث الإيطالي هذه الظاهرة بمحض الصدفة، فقد قام باحث يعمل في مشروع آخر بحقن الخلايا النقوية داخل الخلايا العضلية للفئران، وقد اندهش الباحث لدى اكتشاف أن الخلايا المحقونة قد تسببت في نمو أنسجة عضلية جديدة. قام الفريق بعد ذلك بالتحقق من الظاهرة بتدمير الخلايا العضلية باستخدام سَم الحية (Snake Venom)، ثم غرس الخلايا النقوية للفئران - والتي تمت معالجتها بتقنيات الهندسة الوراثية بحيث تحتوي على جين يعبر (Express) بروتينا واسما في الخلايا العضلية فقط - في العضلات التالفة لفئران أخرى، أمكن التعرف على البروتين الواسم في بعض الأنسجة العضلية التي نمت من جديد، مما يدل على أن الخلايا النقوية الغريبة المغروسة قد نمت متحولة إلى نسيج عضلي.

والجدير بالذكر أن العلماء لم يثبتوا حتى الآن وجود أن سلائف الخلايا العضلية ذات الأصل النقوي، موجودة في البشر. ويتوجب عليهم العثور على هذه الخلايا والتعرف عليها، قبل الاستمرار في تطوير هذا النوع من المعالجة.



A

لكنة	Accent
تظليل صوتي	Acoustic shadowing
ملاحظة نشطة	Active Observation
تلاؤم	Adaptation
التهاب الغدد اللمفاوية المساريقية	adenitis, Mesenteric
هوائي	Aerobic
ناهضة (ج: نواهض)	Agonist (s)
(إنزيم) ناقلة الأمين الألانينية	Alanine Aminotransferase; ALT
عوامل مؤلكلة	Alkylating Agents
أمبولة	Ampulla
اللوزة (المخية)	Amygdalla
لاهوائي	Anaerobic
تصوير الأوعية	Angiography
قهم	Anorexia
مناهضة (ج: مناهضات)	Antagonist (s)
أدوية مضادة للعملية الأيضية	Anti-Metabolite Agents
مضادات حيوية	Antibiotics
ضد (ج:أضداد)	Antibody (ies)
الشخصية المعادية للمجتمع	Antisocial Personality
استئصال الزائدة	Appendicectomy
التهاب الزائدة الدودية	Appendicitis
الشريان الزائدي	Appendicular Artery
التهاب المفاصل الروماتويدي	arthritis, Rheumatoid
حبن (استسقاء)	Ascites
خفوق	Asterixis
توسع الأوعية الرنحي	Ataxia Telengiectasia
انخماص	Atelectasis
قابض لا رضحي	Atraumatic Grasper
توهين	Attenuation
مزمن نشيط منيع للذات	Autoimmune Chronic Active

B

نبيت جرثومي	Bacterial Flora
الأنوية القاعدية	Basal Ganglia
بيوكيميائي	Biochemical
تقنيات حيوية	Biotechnology
منسب كتلة الجسم	Body Mass Index; BMI
لغط	Bruit

C

الأعور	Caecum
إقناء	Cannulation
شعيرات	Capillaries
ورم سرطاوي	Carcinoid Tumor
ألم القلب	Cardalgia
اعتلال عضل القلب	Cardiomyopathy
الرسغ	Carpus
حاملون (للمرض)	Carriers
غضروف	Cartilage
التهاب نزلي	Catarrhal Inflammation
قثطرة	Catheterization
نخر كبدي مركزي	Central Liver Necrosis
منبذة	Centrifuge
وجع الرأس (الصداع)	Cephalalgia
عنقي	Cervical
سرطانة مرارية	Cholangiocarcinoma
صورة القنوات الصفراوية	Cholangiogram
التهاب الأوعية الصفراوية المصلّب	cholangitis, Sclerosing
التهاب المرارة	Cholecystitis
تشمع	Cirrhosis
ترقوة	Clavicle
تشطر	Cleavage
تنسيل	Cloning
نفخ ثاني أكسيد الكربون	CO_2 Insufflation
المنظار المكروي المتماحر	Coaxial Miniscope
استعرافي	Cognitive
عدوى مشتركة	Coinfection
رادف	Collateral
التشخيص بمساعدة الحاسوب	Computer -Aided Diagnosis
تخليط	Confusion
معالجة محافظة	Conservative Treatment
اتساق	Consistency
تصلد	Consolidation
تلوث	Contamination
وسط التباين (في الأشعة)	Contrast Medium
مجموعة شاهدة	Control Group
تجميل	Cosmesis
الأعصاب القحفية	Cranial Nerves

Craving	اشتهاء
Cubital Fossa	الحفرة المرفقية
Cyst	كيسة

D

Dehydration	تجفاف
Delirium Tremens	هذيان ارتعاشي
Demographic Studies	الدراسات السكانية (الديمغرافية)
Dermis	الأدمة
Dialysis	ديال (غسيل) كلوي
Diaphragm	الحجاب (الحاجز)
Diffuse Sepsis	الإنتان المنتشر
Disinhibition	إزالة التثبيط
disorder, Addictive	اضطراب إدماني
disorder, Attention-deficit	اضطراب نقص الانتباه
disorder, Compulsive	اضطراب استحواذي
disorders, Conduct	اضطرابات التصرف
disorder, Impulsive	اضطراب اندفاعي
diverticulitis, Sygmoid	التهاب الردب السيني
Diverticulum	ردب
Drain	منزح
Dupuytren's Contracture	تقفع «دوبيتران»

E

Ectopic Pregnancy	حمل منتبذ
Elastic	مرن
Elective	انتخابي
Electrolyte(s)	كهرل(ج:كهارل)
ELISA	(مختصر) المقايسة المناعية للإنزيم المرتبط
Embolization	انصمام
Empirical	تخبري (أمبريقي)
Endemic	متوطن
Endoprosthesis	بدلة داخلية
Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography; ERCP	التصوير الرجوعي بالتنظير الداخلي للأوعية الصفراوية والبنكرياسية
Enzyme Immuno-assay; EIA	مقايسة مناعية إنزيمية
Epidemiology	مبحث الوبئيات
Epiglottis	لسان المزمار
Excitability	استثارية
Extraperitonial	خارج الصفاق
Extrinsic	خارجي

F

Falloposcopy	تنظير البوقين
Fatty Infiltration	ارتشاح شحمي (دهني)
Fecalith	حصاة غائطية
Femur	عظم الفخذ
Fertility	خصوبة
Fetor Hepaticus	نتن كبدي
Fibrocartilage	غضروف ليفي
Fibrotic Stricture	تضيق ليفي
Fibula	الشظية
Fimbriae	خمل
Fine Tremors	رعاش رقيق
fistula, Bilio-enteric	ناسور معوي ـ صفراوي
Flapping Tremor	رعاش خافق
Flavivirus	الفيروس المصفِّر
Flukes of Clonorchis	الديدان المثقوبة لمتفرع الخصية
Fragment	شدفة
Frequency	تواتر
Fulminant	خاطف

G

Gadfly	النعرة (ذبابة الخيل والماشية)
Gall Stones	الحصوات المرارية
Gangrene	موات (غرغرينا)
Genome	مجين
Gluteal Region	المنطقة الألوية
Guarding Reflex	منعكس الدفاع العضلي
Gynecological Pathology	باثولوجية نسائية
Gynecomastia	تثدي الرجل

H

Hallmark	علامة مميزة
Hallucination(s)	هلوسة (ج: هلاوس)
Hemagglutination	التراص الدموي
Hemangioma	ورم وعائي دموي
Hematemesis	قيء دموي
Hematoma	ورم دموي
Hemochromatosis	صباغ دموي
Hemolytic Anemia	فقر الدم الانحلالي

مرضى الناعور	Hemophiliacs
مكون للدم	Hemopoietic
التهاب الكبد البائي	Hepatitis B
فيروس التهاب الكبد "D"	Hepatitis D Virus ; HDV
السرطانة الكبدية الخلوية	Hepatocellular Carcinoma
انحياز كبدي	Hepatotropicity
فتق	Hernia
فيروس الحلأ البسيط	Herpes Simplex Virus;HSV
عظم الورك	Hip Bone
مفصل الورك	Hip Joint
الحُصين	Hippocampus
ثوي (عائل)	Host
العضد	Humerus
الكيسات العدارية	Hydatid Cysts
المرض العداري	Hydatid Disease
فرط النشاط	Hyperactivity
فائق الصدى	Hyperechoic
المراق	Hypochondrium
انخفاض سكر الدم	Hypoglycemia
الوطاء	Hypothalamus
نقص التأكسج	Hypoxia
تنظير الرحم	Hysteroscopy

I

التهاب اللفائفي	Ileitis
الحفرة الحرقفية	Iliac Fossa
مستجمع الجلوبلين المناعي	Immunoglobulin pool
مثبط للجهاز المناعي	Immunosuppressive
شق المشواة	Incision, Gridiron
عدوى (ج:عداوى)	Infection(s)
عدوائية	Infectivity
التهاب باطنة الشريان الالتهابي	Inflammatory Endarteritis
داخل اللباب	Intraparenchymal
التهاب داخل الجدار	Intramural Inflammation
داخل الصفاق	Intraperitoneal
داخل العائلة	Intrfamilial
غازي	Invasive
انقلاب ، قلب	Inversion
اكتناف	Involvement
حكة	Itching

J

يرقان	Jaundice
مجازة صائمية لفائفية	Jugeno-ileal Bypass

L

تنظير البطن	Laparoscopy
خفاء	Latency
جانبي ، وحشي	Lateral
نوام	Lethargy
وَبَش	Leuconychia
الابيضاض (سرطان الدم)	Leukemia
كثرة البيض	Leukocytosis
أربطة	Ligaments
الجهاز الحافي (في الدماغ)	Limbic System
خزعة الكبد	Liver Biopsy
الراحة الكبدية	Liver Palms
استزراع (غرس)الكبد	Liver Transplantation
متوضع	Localized
الموضع الأزرق (في الدماغ)	Locus coeruleus
قطني	Lumbar
انسداد التجويف	Luminal Obstruction
جريبات لمفاوية	Lymphoid Follicles
ورم (سرطان) لمفاوي	Lymphomas
لمفي شبكي	Lymphoreticular

M

دعث	Malaise
فقر الدم الوبيل	Malignant Anemia
سوء الوضعة	Malposition
تدبير	Management
المنصف	Mediastinum
المكورة السحائية	Meningococcus
مسراق الزائدة	Mesoappendix
السنعيات	Metacarpals
نقائل	Metastases
التدرن الدخني	Miliary TB
معدِّلات	Modifiers
علم الوراثة الجزيئية	Molecular Genetics
مناظرة	Monitoring
التصوير بالرنين المغناطيسي	MRI
قيلة مخاطية	Mucocele
مخاطي	Mucosal
عديد المساكن	Multilocular
ورم نخاع العظام المتعدد	Multiple Myeloma
الورم المخاطي الصفاقي	Myxoma peritonei

Pharynx	البلعوم
Pinna (of the Ear)	صيوان (الأذن)
Pleura	الجنبة
Pleurisy	ذات الجنب
Plural Effusion	انصباب جنبوي
Pneumonia	ذات الرئة(الالتهاب الرئوي)
Pneumothorax	استرواح الصدر
Point of Maximal Tenderness	نقطة الإيلام القصوى
Polymorphism	تعدد الأشكال
Popliteal Fossa	الحفرة المأبضية
Postero-Anterior	خلفي أمامي
Presentation	القدوم
Primary Biliary Cirrhosis	التشمع الصفراوي الأولي
Progression	ترقي
Pronation	كب
Protease Inhibitors	مثبطات البروتياز
Psychiatry	الطب النفسي
Psychoanalysis	التحليل النفسي
Psychology	علم النفس
Pyrexia	حُمّى
Pyrexia of Unknown Origin; PUO	حمى مجهولة السبب

Q

Quasi-cystic	شبه كيسي

R

Radiation Therapy	علاج بالأشعة
Radius	الكعبرة
Rebound	ارتداد
Recombinant Immunoblot Assay; RIBA	اختبار مقايسة اللطخة المناعية التأشبية
Rectal Examination	فحص مستقيمي
Rectus Sheath	غمد (العضلة) المستقيمة البطنية
Restriction Endonuclease	نوكلياز داخلي مقيّد
Resuscitation	إنعاش
Retching	تهوع
Retraction	تبعيد
Retrocecal	خلف الأعور
Rheumatoid Arthritis	التهاب المفاصل الروماتويدي
Rigidity	صمل
Rigors	نوافض

N

Necrosis	نخر
Neonatal	وليدي
Neuroregulation	التنظيم العصبي
Neurosurgery	جراحة المخ والأعصاب
Neurotransmitter	ناقل عصبي
Nodules	عقيدات
Non-endmic	غير متوطن
Non-Invasive	لا باضع
Nosological	مرضي
Nucleus accumbens	النواة المتكئة (في الدماغ)

O

Obesity	السمنة
Obstructive	ساد
Omentum	الثرب
Ophthalmia	التهاب العين
Orbit	الحجاج

P

Pain Threshold	عتبة الألم
Palate	الحنك
Papillotomy	بَضع الورم الحليمي
Paramedicals	طبابيون
Parameter	متثابتة
Parotid Enlargement	ضخامة النكفية
Patella	الرضفة
Pathognomonic	واصم
Pelvic Inflammatory Disease; PID	المرض الحوضي الالتهابي
Percussion Tenderness	إيلام عند القرع
Percutaneous	عبر الجلد
Percutaneous Transhepatic Cholangiography; PTC	التصوير عبر الكبدي خلال الجلد للأوعية الصفراوية
Perforation	انثقاب
Pericardium	التامور
Perineum	العجان
Peritoneal Cytology	السيتولوجيا الصفاقية
Peritoneal Lavage	غسل صفاقي
Periumbilical	جنيب السرة
Persistant	باق

كفة التدوير	Rotator Cuff
الحصبة الألمانية (الحميراء)	Rubella

S

العجز	Sacrum
عظم الكتف	Scapula
تندب	Scarring
وسمة الخدش	Scratch Mark
اضطرابات نقوية ثانوية	Secondary Myeloid Disorders
الخثار الدموي الثانوي	Secondary Thrombosis
مني	Semen
حرمان حسي	Sensory Deprivation
إنتان صفاقي	sepsis, Peritoneal
سَلسَلة	Sequencing
مصلي	Serosal
مصل	Serum
مفصل المنكب	Shoulder Joint
جيب (ج:جيوب)	Sinus(es)
حجم	Size
سَمَم الحية	Snake Venom
جسدي	Somatic
مناوعة	Specificity
المكورات العنقودية(العنقوديات)	Staphylococci
ركودي	Static
عالم بالإحصاء، إحصائي	Statistician
الخلية الجذعية	Stem Cell
تقرح برازي	Stercoral Ulceration
الطبقة المتقرنة (بالجلد)	Stratum corneum
الكَرْب	Stress
جدعة	Stump
مرود	Stylet
تحت المحفظة	Subcapsular
تحت المخاطية	Submucosal
ركيزة	Substrate
نمط فرعي	Subtype
عدوى متراكبة	Superinfection
نخر قيحي	Suppurative Necrosis
مستضد سطحي	Surface Antigen
غشاء مشبكي	Synaptic Membrane
الاعتلال الدماغي البابي المجموعي	Systemic Portal Encephalopathy
تكدر جهازي	Systemic Upset

T

الانطباع اللمسي	Tactile Impression
شرائط قولونية	Taenia coli
الوشم	Tattooing
إيلام	Tenderness
العلاج السلوكي	therapy, Behavior
العلاج الاستعرافي	therapy, Cognitive
علاج الزوجية	therapy, Conjoint Couple
علاج الأسرة	therapy, Family
العلاج الزواجي	therapy, Marital
المعالجة بالتأهيل	therapy, Occupational
العلاج بالاسترخاء	therapy, Relaxation
صدري	Thoracic
قلة الصفيحات	Thrombocytopenia
الظنبوب	Tibia
التواء	Torsion
خلال عنق الرحم	Transcervical
رعاش	Tremulousness
التدرن	Tuberculosis

U

الزند	Ulna

V

تلقيح	Vaccination
لقاح	Vaccine
متفاوت	Variant
دوالي المريء	varices, Esophageal
الباحة السقيفية البطنية	Ventral Tegmental Area
مبحث الفيروسات	Virology
ألم حشوي رجيع	Visceral Referred Pain
مرض فون ركلنج هاوزن	von Rekling Haussen's d.

X

لويحة صفراء	Xanthelasma

تعريب التعليم الطبي: التكلفة والمردود

كثر الحديث هذه الآونة عن تعريب التعليم الطبي، أو التعريب الطبي، من حيث التكلفة والمردود، فمن قائل بأن التعريب عملية باهظة التكاليف وقليلة - إن لم تكن عديمة - المردود، إلى قائل بأن العكس هو الصحيح.

ومهما يكن من أمر، فلابد لنا من أن نتناول الأمر بموضوعية بعيدا عن الأهواء والتحيز، لذا كان من الضروري بحث هذه القضية الهامة من منظور علمي جاد، وبالإضافة إلى الأبحاث التي تناولت هذه القضية في مؤتمر تعريب التعليم الطبي الذي نظمه المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية في دولة الكويت عام 1996، فقد قام المركز أيضا بتنظيم حلقة نقاشية ضمن موسمه الثقافي لهذا العام، تحت عنوان «تعريب التعليم الطبي من منظور اقتصادي»، وقد دعي عدد من المختصين لإلقاء بحوثهم في هذا الميدان، كما دعي عدد آخر من المهتمين للمناقشة وإبداء الرأي.

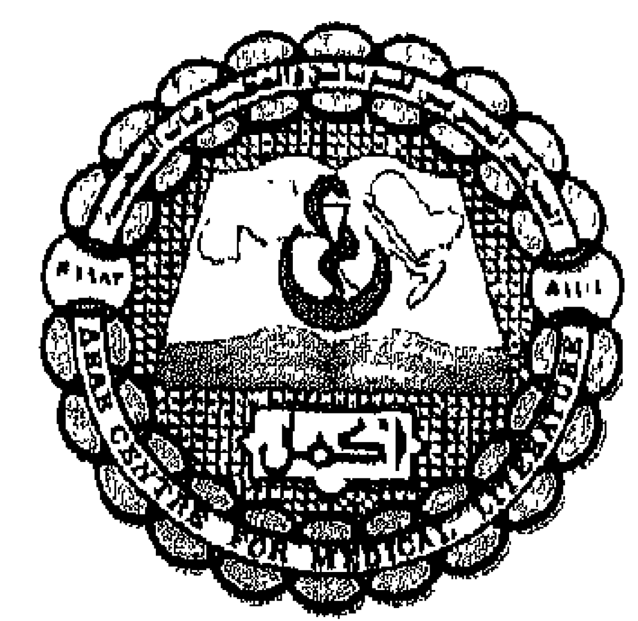
وتكتسب القضية أهميتها من منطلق أن التخطيط للغد يبدأ اليوم، فلو اتفقنا على أن تعريب التعليم الطبي عملية ناجحة في المستقبل المنظور، لأمكننا أن نعد العدة من الآن للمضي قدما في تعريب التعليم الطبي والصحي في الجامعات العربية، وأمكننا اتخاذ الخطوات الإيجابية في هذا الطريق، بدلا من مجرد المناقشة والاختلاف - أو الاتفاق على ألا نتفق.

إن تعريب التعليم الطبي لهو جزء من تعريب المجتمع ككل، ولابد من أن ينبع عن قناعتنا بأن الإنسان مهما كانت قدرته على التحدث بلغات الآخرين، فهو لا يفكر ولا «يعيش» سوى بلغته هو - كما صاغها أمير الشعراء الألمان «جوته»، حين قال: «قد يستطيع المرء أن يتحدث بعدة لغات، لكنه لا يفكر إلا بلغة واحدة». ونحن نغالط أنفسنا إن قلنا أن أحدنا «يفكر» بالإنجليزية أو الفرنسية، بل نحن نفكر بالعربية أولا وأخيرا، ثم نقوم «بترجمة» هذه الأفكار إلى نطق صحيح أحيانا وهجين في أحيان كثيرة، للغات لا يعتز أصحابها بلغات أقوام آخرين، وهذه «الترجمة» - من المنظور الاقتصادي - تكلفنا الكثير من الوقت والجهد، ومن ثم المال، فلو أعطينا الموضوع حقه من الدراسة، لوجدنا أن تعريب التعليم الطبي والصحي ضرورة قومية، وحضارية، بل واقتصادية،

والله المستعان على ما يصفون.

الدكتور يعقوب الشراح

نائب رئيس التحرير



ARAB CENTRE FOR MEDICAL LITERATURE (ACML)

The Arab Centre for Medical Literature (ACML) is an Arab regional organization established in 1980 and derived from the Higher Council of Arab Ministers of Public Health, the Arab League and its permanent headquarters is in Kuwait.

ACML has the following objectives:

- Provision of scientific & practical methods for teaching the medical sciences in the Arab World.
- Exchange of knowledge, sciences, information and researches between Arab and other cultures in all medical health fields.
- Promotion & encouragement of authorship and translation in Arabic language in the fields of health sciences.
- The issuing of periodicals, medical literature and the main tools for building the Arabic medical information infrastructure.
- Surveying, collecting, organizing of Arabic medical literature to build a current bibliographic data base.

ACML consists of a board of trustees surpervising ACML's general secretariate and its four main departments. ACML is concerned with perparing integrated plans for Arab authorship & translation in medical fields, such as directories, encyclopeadias, dictionaries, essential surveys, aimed at building the Arab medical information infrastructure.

ACML is responsible for disseminating the main information services for the Arab medical literature.

Medical Arabization **is a Peer-reviewed Arabic medical journal published three times a year by *ACML-Kuwait.***

*** هيكل المخطوطة (Manuscript Format) :**

يجب أن تشتمل المقالات الأصلية على الهيكلة التالية :

- المقدمة *(Introduction)* : أي السؤال الذي يحاول البحث أن يجد له إجابة .
- طرق البحث *(Methods of Study)* : تصميم وطرق البحث ، التعريفات المستخدمة ، المجموعة السكانية التي أجري عليها البحث ، الوسائل المختبرية المستخدمة .
- النتائج *(Results)* : ترتيب النتائج التي توصل إليها البحث حسب التسلسل المنطقي ، مع إضافة الجداول والرسوم التوضيحية كلما دعت الحاجة لذلك .
- المناقشة *(Discussion)* : الاستنتاجات المبنية على نتائج البحث ، والأدلة المستقاة من المراجع المنشورة التي تدعم استنتاجات المؤلفين ، وقابلية الاستنتاجات للتطبيق ، ومضامينها بالنسبة للأبحاث المستقبلية أو التطبيقات السريرية .

*** المراجع (Bibliography) :**

يجب ترتيب المراجع ترتيباً رقمياً متسلسلاً حسب ترتيبها في البحث وليس بالترتيب الأبجدي لمؤلفيها . كما يجب ذكر المراجع في حالة الجداول ومصدر الصور وموافقة أصحابها الأصليين إن لم تكن الصور التي تضمنها البحث أصلية . ويجب أن يشتمل كل من المراجع ، بنفس الترتيب ، على مايلي : (1) أسماء المؤلفين ، (2) العنوان ، (3) اسم المجلة المرجع [حسب الاختصار المعتمد في الفهرست الطبي Index Medicus] ، (4) سنة النشر ، (5) المجلة والعدد الذي صدر فيه البحث ، (6) أرقام الصفحات التي استخدمت كمرجع .

ويجب أن تحتوي الإشارة إلى الكتب كمراجع على مايلي : (1) أسماء المؤلفين ، (2) عنوان الفصل (إن وجد) ، (3) أسماء المحررين (إن وجد) ، (4) عنوان الكتاب ، (5) المدينة التي نشر بها الكتاب ، (6) الناشر ، (7) السنة .

ويعتبر الكاتب مسؤولاً عن دقة واكتمال المراجع التي اشتمل عليها بحثه .

*** الأشكال والرسوم التوضيحية (Illustrations) :**

يجب تقديم ثلاث مجموعات من جميع الرسوم والصور المستخدمة في البحث . تقبل الصور الملونة وكذلك الأبيض والأسود ، كما يفضل توفير الأفلام الأصلية الموجبة لها .

ويفضل أن تكون الصور بحجم 10× 13سم أو 13× 18سم . ولابد من تقديم موافقة خطية من أصحاب الصور في حالة التعرف عليهم ، وفي حالة جميع الرسوم المنشورة سابقاً . ويجب ترقيم جميع الصور والأشكال التي يشتمل عليها البحث وذكرها داخل النص حسب ترتيبها الرقمي . كما يجب أن تشتمل كل الصور والأشكال المستخدمة على تعليق واف لها .

*** الجداول (Tables) :**

يجب أن تكون بيانات الجداول مطبوعة على الآلة الكاتبة ، كما يجب التحقق من صحة البيانات الواردة بها - مع ذكر المراجع - والتأكد من مطابقتها لما ورد في نص البحث .

*** المخطوطات الإلكترونية (Electronic Manuscripts) :**

تفضل مجلة «تعريب الطب» أن تكون المخطوطات المقدمة للنشر مصفوفة على الحاسوب ، مع الملاحظة التالية :

- تقديم البروفة النهائية من المخطوطة .
- يجب أن تكون المخطوطة المقدمة معدة وفقاً لأحد النظامين : أبل ماكنتوش - الناشر الصحفي (Al-Nashir Al-Sahafi) أو نظام «وورد» للحواسيب الشخصية (PC: Word for Windows: PLAINTEXT) .
- يجب أن يترافق قرص الحاسوب (Diskette) مع نسخة مطبوعة لمحتواه .

*** مسؤولية المؤلفين (Responsibilities of Authors) :**

يعد المؤلف مسؤولاً بالكامل عن دقة جميع البيانات الواردة ببحثه (بما فيها جرعات الأدوية) ، وعن دقة البيانات المتعلقة بالمراجع التي استند إليها في إعداد البحث ، وعن الحصول على موافقة المؤلفين والناشرين لأي عمل منشور سابقاً وتشتمل عليه مخطوطته المقدمة للنشر .

*** المراسلات الخاصة بالتحرير :**

توجه جميع المراسلات والأبحاث إلى :

السيد الدكتور / رئيس تحرير مجلة «تعريب الطب» ،
المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية
ص .ب : 5225 الصفاة 13053 - دولة الكويت
هاتف : 5338610/1 (965) +
فاكس : 5338618/9 (965) +



الشركة الكويتية السعودية للصناعات الدوائية ش.م.ك. مقفلة

Kuwait Saudi Pharmaceutical Industries Co. S.A.K. Closed

We Care For You

الإبـــداع والجـــودة

فـــي

الصنـــاعـــات الـــدوائيـــة

ص.ب ٥٥١٢ - الصفاة 13056 - الكويت - تلفون: ٤٧٤٨٣٩٧/٨ - فاكس: ٤٧٤٥٣٦١

P.O.Box: 5512, Safat 13056 Kuwait - Tel: 4748397/8 - Fax: 4745361